

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON ALTERADOS EN PERSONAS
PERTENECIENTES A UN CLUB DE DIABETICOS DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA EN
EL PERIODO DE 2009-2011

KIARA BARROS
DIALINIS CAMARGO
FANNY FRANCO

ANETH RIVAS
Asesora científica
Especialista en Cuidado Crítico
Especialista en Nefrología y Urología
Magister en Enfermería
Director de Posgrados de Facultad de Ciencias de la Salud

MARGARITA MONTOYA
Asesora metodológica
Magister en Investigación

Trabajo de grado como requisito para optar el título de Enfermera

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
PROYECTO DE INVESTIGACION
COLOMBIA
2014

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION	4
2. JUSTIFICACION	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
4. ANTECEDENTES	12
5. OBJETIVOS	24
6. MARCO CONCEPTUAL	25
7. MARCO TEORICO	36
8. METODOLOGIA	44
9. RESULTADOS	58
10. CONCLUSION	59
11. SUGERENCIAS	64
REFERENCIAS	66
ANEXOS	70

RESUMEN

La Diabetes es una enfermedad crónica, donde predomina la hiperglicemia crónica, que va agrupada a un numero de enfermedades metabólicas; debido a su alta prevalencia, y sus cifras, en los últimos años se ha determinado como un problema en Salud Pública a nivel mundial con tendencia a un creciente aumento en los próximos 15 años. Esta investigación tiene como objetivo, determinar cuáles son los patrones funcionales de Marjory Gordon alterados en personas pertenecientes a un Club de Diabéticos en la Cuidad de Santa Marta en el periodo de 2009 – 2011, este estudio permite identificar el proceso de adaptación de los pacientes mediante los diferentes tratados expuestos por las teorías en enfermería. Metodología: Estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, prospectivo con una muestra de 309 pacientes diabéticos pertenecientes al Club de Diabéticos de una institución de primer nivel de atención, escogidos por muestreo aleatorio simple. La valoración se realizó mediante la evaluación de los once patrones funcionales de Marjory Gordon, el examen físico y revisión de la historia clínica. Resultados: 55% eran mujeres, 45% cursaron primaria, 60% eran casados; 66% se dedicaban al hogar, 69% de los pacientes tenían como apoyo un único cuidador y 60% requerían menos de seis horas de cuidado. Se evidenció que del 100% de los pacientes diabéticos tenia alterado el patrón percepción manejo de la salud, luego el patrón nutricional metabólico con un 88.5%; el patrón de actividad ejercicio con 78%, y, por ultimo con un 56 el patrón % Rol Relaciones, es importante destacar que otros patrones funcionales se encuentran alterados, pero con porcentajes menores.

Conclusiones: Es evidente que los pacientes no poseen o poseen conocimientos inadecuados sobre el manejo de la patología y su situación de cronicidad, generando complicaciones en los mismos e incrementando los costos para el sistema de salud, esto enfrenta a la enfermería a un nuevo reto; dónde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se conviertan en un elemento importante para lograr la salud de la población, mejorando sus estilos de vida y la calidad de vida.

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha sido catalogada como una de las muchas nuevas epidemias del siglo XXI, tanto por su creciente magnitud como por su impacto negativo en la enfermedad cardiovascular y renal (Casanova & Trasancos 2013). Además, Ferrante (2009) afirma que es considerada un problema de salud pública por su elevada morbilidad y mortalidad, aproximadamente 285 millones de personas en el mundo padecían diabetes en el año 2010 y se espera que aumente más del 50% en los próximos 20 años si no se implementan programas preventivos; Para el año 2030 la proyección es de 438 millones de personas afectadas, lo que indica que el 7,8% de la población adulta tendrá diabetes (Camejo, García, Rodríguez, et al, 2013).

Otra situación que sin duda preocupa a los organismos internacionales es el incremento de factores de riesgo que intervienen en la evolución de estas enfermedades, muchos de los cuales están asociados a estilos de vida, hábitos y costumbres que introducen la modernización, tales como: sedentarismo, dietas inadecuadas, estrés, tabaquismo, consumo de alcohol y drogas (Fagalde & Solar 2013).

Esta serie de cambios en el estilo de vida no solo ha afectado a la población adulta, sino a los niños y adolescentes, incrementándose en ellos malos hábitos alimenticios, el sedentarismo, y por ende la obesidad y el riesgo de padecer enfermedades crónicas.

Por otro lado, Fagalde & (Solar 2013) menciona: sin lugar a dudas es el momento en que los enfermeros deben participar activamente en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por lo tanto se exige hoy a los profesionales de enfermería una participación activa en el primer nivel de atención, todo esto lo puede alcanzar a través del proceso de atención de enfermería, que es la herramienta esencial para brindar cuidados de enfermería con calidad técnica, científica y humana.

Las enfermeras disponemos de modelos de valoración para nuestros pacientes que abarcan todas las esferas del individuo, disponemos de catálogos codificados de diagnósticos propios de enfermería, de objetivos y de intervenciones, también codificados, incluido todo ello en el ámbito del proceso enfermero o proceso de cuidados. Ésta es una herramienta útil de trabajo que se encuentra a nuestra disposición con el único fin, desde nuestra identidad profesional, de garantizar el derecho del usuario a una mejor asistencia globalizadora e integral, con una base científica.

Es por ello la importancia de los patrones funcionales de Marjory Gordon, los cuales aportan una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

En este estudio el primer paso para lograr esta meta, es determinar cuáles son los patrones alterados en los pacientes con diabetes mellitus estableciendo los patrones funcionales de Enfermería pertinentes, lo que contribuirá a disminuir las complicaciones para el paciente y los costos para este y su familia, así mismo permitirá modificar su estilo de vida y adquirir habilidades al control de la enfermedad realizando acciones que demuestren y garanticen una mejor calidad de vida.

1. JUSTIFICACION

La presente investigación aborda una temática relevante en la actualidad, pues la magnitud e impacto de esta enfermedad es influyente en la sociedad, este estudio permite identificar y valorar paso a paso la enfermedad y los patrones que se alteran con mayor frecuencia, lo cual será de gran valor para comprender a los pacientes que padecen diabetes, permitiendo así la adecuada intervención y abordaje a la luz de los patrones funcionales de Marjory Gordon, identificando las debilidades que tenga el paciente como individuo y como familia, además es de vital importancia que se tenga claro que esta temática no solo afecta al paciente, sino también influye en la familia, por ende a estos pacientes se les debe brindar un cuidado holístico e integral que permita el rehacerse o adaptarse a esta nueva fase de su vida, igualmente educar y mostrar a los familiares que ellos son los únicos que pueden ayudar en este proceso de adaptación y recuperación, sabemos que es algo difícil de afrontar pero la unión hace la fuerza.

Por otro lado, este estudio permite mostrar la situación diaria por la que deben enfrentarse los profesionales de la salud, en especial los enfermeros ya que son los que están en constante interacción con estos pacientes y sus familiares, pues el enfoque principal de estos profesionales es el cuidado y la educación constante, para el mantenimiento de un adecuado equilibrio y poder realizar una valoración pertinente en cada paciente, identificando así cualquier alteración por mínima que sea en los patrones funcionales y en su calidad de vida.

El paciente diabético requiere un adecuado bagaje informativo que lo motive a ser el protagonista de su tratamiento, así como destrezas que le permitan afrontar las situaciones que su condición le exige.

Por otra parte, es importante saber que cuando se mejora la calidad de vida mediante la educación, los pacientes se sentirán útiles, productivos garantizando una mejor adaptación al

tratamiento así como también aumentan su conocimiento sobre los estilos de vidas indispensables para el mejoramiento de su salud tales como: dieta, ejercicio, tratamiento, etc. Disminuyendo de esta forma las posibles complicaciones

La situación encontrada y trabajada se ve reflejada en muchos estudios como este; que plantea que desde el primer informe periódico, iniciado en el 2000, se describe con extrema rigurosidad científica la magnitud del impacto de esta enfermedad, así como las medidas sanitarias por tomar para vencerla, señalando con absoluta claridad y certeza los factores sociales, culturales y económicos que producen y favorecen el aumento de personas que enferman de diabetes mellitus en todo el mundo.

La Federación Internacional de Diabetes también organiza y efectúa frecuentes reuniones regionales y mundiales, y ofrece a la comunidad médica excelentes publicaciones científicas acerca de los temas patológicos y de salud pública que caracterizan este mal y los factores sociales que lo favorecen. A pesar de las dificultades de toda índole que se presentan, la finalidad primordial de las organizaciones citadas y los gobiernos de la mayoría de los países, es detener su aumento, por las serias consecuencias que conlleva para la salud de los habitantes, y para enseñar a las poblaciones enfermas a cumplir con el mejor tratamiento que las ciencias médicas producen como resultado de la investigación científica. (Mora E. 2014).

Por ende, en este estudio se trata de identificar todas esas alteraciones que se presentan en los pacientes con diabetes, analizando detalladamente los patrones funcionales de Marjory Gordon, cuál de estos presenta mayor alteración y qué hacer para ayudarlos al proceso de adaptación, encontrándose en la literatura pocas bases científicas que respalden el tema, pues se estudian otros factores, excepto las alteraciones de sus patrones funcionales, por lo anterior se puede inferir que es un estudio innovador.

Por otro lado, el presente trabajo será relevante en el ámbito científico aportando bases teóricas y descriptivas asociadas al progreso de la diabetes, así como al ámbito social permitiendo conocer la etiología del comportamiento del paciente con la sociedad y como abordarlo sin alterar el equilibrio multidimensional; en el ámbito familiar aporta pautas para brindar un adecuado cuidado al individuo, así como evitar el cansancio en el cuidador, logrando un equilibrio en los miembros de la familia, por último, en el ámbito académico, incentivando a otros investigadores en el abordaje de la temática y actualización de los cuidados teniendo como referente las teorías de Enfermería y las actualizaciones en salud.

Hoy en día es bueno tener claro que los procesos investigativos son una poderosa herramienta que permiten transformar los conceptos errados sobre la enfermedad, ya que en la actualidad se posee pocos conocimientos sobre los cuidados para esta, pero gracias al apoyo y el constante esfuerzo que están brindando las instituciones de educación superior es notorio el avance de conocimientos sobre esta temática, permitiendo que los estudiantes estimulen un pensamiento crítico y constructivo de la problemática de salud actual a la cual todos se encuentran expuestos, teniendo como base las teorías y estudios hechos con anterioridad, y actualizar conocimientos en aras al crecimiento intelectual.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con las estadísticas de la Federación Internacional de diabetes 300 millones de personas en el mundo podrían tener diabetes para el 2025 si no se toma conciencia al respecto. Sedentarismo, mala alimentación, obesidad y estrés son los principales factores de riesgo. Hernandez E. (2009).

En la actualidad existen diversas patologías que afectan el estado de salud y bienestar del ser humano, dentro de las cuales se encuentra la diabetes, la cual es una enfermedad que genera una limitación en la síntesis de insulina, generando en el individuo cambios hormonales, así como de su estilo de vida, por lo cual debe recurrir a tratamientos permanentes, lo anterior se sustenta con la información de la OMS “382 millones de seres humanos que actualmente padecen diabetes mellitus sintomática, mayormente tipo 2, se agregarán en los años venideros 316 millones de personas que desarrollarán Intolerancia a la Glucosa, circunstancia que aumentará excesivamente las posibilidades de llegar a padecer la Diabetes Sintomática, con todas sus consecuencias” Delgado E, (2008).

Lo anterior repercute en su estado de salud y de vida, pues poseerá limitaciones alimenticias entre otras, es por ello que es pertinente abordar esta temática, al individuo y su familia para detectar anomalías en su estilo de vida y efectuar el abordaje de enfermería basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Linn L, 2012 afirma: los problemas de Salud relacionados con la diabetes han aumentado en todo el mundo; la OPS/OMS estima que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecen diabetes (dato de 2011). Si la tendencia actual continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para 2030. En América Latina, se calcula el número de personas con diabetes podría subir de 25 millones a 40 millones para el año 2030, y en Norteamérica y los países no hispanos del

Caribe este número puede ascender de 38 a 51 millones durante este mismo período, según estima la OPS/OMS; a nivel mundial, la OMS estima que más de 346 millones de personas tienen diabetes, y se estima que el dato se duplicará para el año 2030 si la tendencia actual continúa. (p, 1-3).

Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030, puesto que esta aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y avc). Algunos de los problemas más frecuentes en estos pacientes son la neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo que incrementan el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia la amputación. Delgado E, (2008).

En el país las estadísticas son igualmente preocupantes. Según la Asociación Colombiana de Diabetes se estima que el 7% de la población colombiana mayor de 30 años que reside en área urbana tiene diabetes tipo 2.

Otra alteración frecuente es la retinopatía diabética una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión. La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes. (Danaei G, et al 2011)

La labor de la OMS en materia de diabetes se complementa con la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, cuyo centro de atención son las medidas poblacionales para fomentar la dieta saludable y la actividad física regular, reduciendo así el creciente problema de salud más graves.

Por otro lado, estos pacientes requieren ayuda, ya sea por parte de sus familiares o de un profesional de la salud, lo cual genera cansancio en el rol del cuidador, afectando al paciente, al cuidador y a la familia en general, pues el estrés lo transmite, afectando el estilo de vida de estos, es por ello que es necesario abordarlos con el fin de disminuir efectos secundarios al cuidado.

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero, la utilización de estos, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta .

En consecuencia; se hace necesario crear un proyecto que identifique los patrones funcionales de Marjory Gordon alterados en los pacientes diabéticos, contribuyendo a la disminución de las estadísticas, aumentando la calidad de vida de los pacientes.

Por lo anterior, surge la pregunta problema:

¿Cuáles son los patrones funcionales de Marjory Gordon alterados en las personas de pertenecientes a un club de diabéticos de la ciudad de Santa Marta en el periodo 2009 - 2011?

3. ANTECEDENTES

Con respecto al tema abordado existen pocas investigaciones que lo antecedan, es por ello que se citan a continuación algunos párrafos relevantes que aportan información al tema, lo anterior demuestra que es innovador el proyecto, pues genera mayor información y conocimiento a los profesionales de la salud, en especial al enfermero, el cual se encuentra en contacto permanente con el paciente brindándole no solo cuidados físicos, sino viendolo como un ser holístico, abordándole todas sus dimensiones.

En Sevilla, España, Carrasco (2008), mediante “Amputación transmetatarsiana en un pie Diabético. A propósito de un caso” plantea que el proceso de la enfermedad engloba un conjunto heterogéneo de manifestaciones clínicas que tienen un nexo común: la hiperglucemia y mal control de ella.

Está motivada por una falta o mal funcionamiento de la insulina y se acompaña de un número de anormalidades en diversos tejidos y órganos y de una amplia serie de complicaciones a largo plazo, tales como neuropatía y/o angiopatía, entre otras. Llegando a la conclusión que los Patrones funcionales que pueden verse alterados son: 1. Patrón de percepción y mantenimiento de la salud. 2. Patrón nutricional y metabólico. 3. Patrón de actividad ejercicio. 4. Patrón cognoscitivo-perceptivo.

Pera, (2011) indica que en España, para el año 2007, se inició el mayor estudio epidemiológico sobre la prevalencia de DM2 en población mayor de 18 años. Los primeros resultados se publicaron en 2011 y muestran una prevalencia de DM2 entre la población mayor de 18 años del 13,8%. El 43% de los casos estaban sin diagnosticar y, por lo tanto, sin tratamiento. La prevalencia es mayor en hombres y aumenta con la edad. En el intervalo de edad de 61-75 años tienen DM2 el 35,6% de los hombres y el 26,6% de las mujeres. En mayores de 75 años la prevalencia es del 30,7% en hombres y del 33,4% en mujeres. La prevalencia de prediabetes

(alteración de la glucemia basal (AGB) o de intolerancia oral a la glucosa (IOG) es del 14,8%. En este estudio los principales factores de riesgo para desarrollar una diabetes fueron la edad, el sexo masculino, los niveles educacionales bajos, la historia familiar de DM, la presencia de hipertensión arterial y la obesidad, especialmente la de predominio abdominal

El artículo “Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México” Romero, Dos Santos, Aparecida, Zanetti, (2010) tuvieron por objetivos determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Participaron 251 personas que ingresaron en un hospital de urgencia en México, en 2007. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista domiciliar dirigida, utilizándose formularios, cuestionarios y la Escala de Capacidad de Autocuidado. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y correlacional.

Los resultados mostraron que 83 (33,5%) sujetos presentaron buena capacidad de autocuidado y 168 (66,5%) capacidad regular. Se obtuvo una correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y años de estudio ($r=0,124$; $p<0,05$) y una correlación negativa con la religión ($r_s=-0,435$; $p<0,05$) y tiempo de evolución de la enfermedad ($r=-0,667$; $p<0,05$). Se concluye que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular. La capacidad de autocuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación.

En el estudio realizado por Monroy en México (2013) afirma: “que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 se priorizan 4 nuevos diagnósticos de enfermería y sus intervenciones para estabilizar al paciente y prevenir situaciones que puedan empeorar su estado de salud”.

Entre los patrones alterados se encuentran: Actividad –ejercicio, Nutricional- metabólico, Rol-relaciones, Manejo-percepción de la salud.

Además entre las actividades de aprendizaje que contempla el módulo de Enfermería en la salud del adulto se encuentra la realización de un proceso de enfermería para el que se eligió a un

paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Zona 24 con diagnóstico médico de Cetoacidosis secundaria a Diabetes Mellitus Tipo I; cabe señalar que el Modelo utilizado es el de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon donde se definen 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades, se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

En la Universidad de Tamaulipas, México, Luna, Rizo, Cortés, Cadena, (2013) mediante un estudio de tipo descriptivo, donde distribuyeron a los pacientes en dos grupos: intervención y control, encontraron datos sociodemográficos homogéneos en ambos grupos. Índice de autocuidado y apego al tratamiento sin diferencias significativas inicialmente. Medias y medianas más altas en el grupo de intervención en la agencia de autocuidado y apego al tratamiento posterior a la intervención. Mostrando que ambos grupos fueron semejantes en las variables estudiadas. En el grupo de intervención el modelo de la intervención de enfermería presentó resultados significativos en el autocuidado y la adhesión terapéutica, mostrando diferencias significativas sobre el grupo control. Concluyendo que en relación al Autocuidado de la diabetes, durante las entrevistas a los pacientes posteriores a recibir la intervención educativa modificaron su actuación para conservar su bienestar. Los pacientes entrevistados manifestaron un aumento en la responsabilidad en salud y se generó nuevo conocimiento en la nutrición, lo que se reflejó en el cambio de actitud ante la ingesta de los medicamentos.

En la Universidad de Cuenca, México, Aguilar (2010) Dice que: 37 pacientes que corresponden al 74% son familias numerosas conformadas por 4 a 5 miembros; 22 pacientes tienen casa propia y 21 entre arrendada y prestada situación que tiene relación directa con la ocupación e ingreso económico.

La vivienda constituye una necesidad básica, parte del requisito es el autocuidado universal (según Orem). Los hogares de familias numerosas constituyen un factor protector que por su característica de desarrollo y etapa evolutiva experimentan el llamado síndrome del “Nido Vacío”, se encuentran solos, y muchas veces limitados del convivir social lo que repercute en su salud, y necesitan de personas que apoyen en el cuidado del paciente diabético.

No obstante en Cuba, Socarras, Bolet, y Lara, (2012) realizaron una entrevista a 10 médicos de familia y a 88 diabéticos. Donde revisaron los programas de la carrera de medicina, donde se trata la temática: Diabetes mellitus. Teniendo como resultado que los 10 médicos especialistas en Medicina general integral (MGI), respondieron: el 80 % quisiera actualizarse en el tratamiento dietético y en el integral, en la ayuda psicológica 60 %, 40 % en el cuidado de los pies al paciente, y en las complicaciones vasculares el 100 % de los médicos. Las complicaciones que presentaban sus pacientes: nefropatía 18,2 %, retinopatía 9,1 %, pie diabético 4,5 %, neuropatía diabética 11,4 %, amputación de miembros 2,2 % y enfermedades cardiovasculares 22,7 %. Con relación a la orientación sobre la enfermedad brindada por el médico de familia a los diabéticos respondieron: 54,5 % que era buena, regular 27,3 %, mala 13,6 % y ninguna orientación 4,6 %.

Esto buscando la relación del autocuidado que puede tener el paciente ante las posibles complicaciones. Llevando así a la evidencia que el vínculo universidad/sociedad se tiene que seguir fortaleciendo para lograr en los especialistas una mayor preparación para la atención integral de los pacientes diabéticos y así mejorar la calidad de vida.

Salas, Vargas (1998) en su estudio evidencia que en Cuba, de los 21 pacientes investigados, 15 (71,4 %) pertenecen al sexo femenino y 6 (28,6 %) al masculino. En cuanto a la edad, nótese en que el predominio de los mayores de 46 años con 13 casos (61,9 %), Según el tipo de diabetes, la mayor cifra correspondió a los no insulino dependientes o tipo II con 17 pacientes (80,9 %) y sólo 4 (19,1 %) insulino dependientes (tipo I), La educación del diabético y sus más cercanos familiares es

tarea del equipo de salud completo. En nuestra serie se destaca el predominio de los pacientes que conocen bien su enfermedad (16, para 76,1 %), mientras que sólo 5 (23,9 %) no lograron una adecuada asimilación de los conocimientos a causa de la edad e impedimentos físicos y mentales. El hallazgo de una tasa de prevalencia de la Diabetes Mellitus de 1,5 pone de relieve la efectividad de las actividades de control y educativas acerca de los factores de riesgo de esta afección.

- Contribuir a la búsqueda de nuevos casos en la población de alto riesgo, precisa tener claridad de los factores de riesgo: obesidad, hipertensión arterial y sedentarismo.
- Realizar controles de visita al hogar para verificar el cumplimiento de la dieta, el conocimiento de la familia acerca de la enfermedad del paciente, además del monitoreo de las pruebas de Benedict e Imbert.
- Realizar proceso de atención de Enfermería en los ingresos en el hogar o cuando el paciente tenga alguna necesidad afectada.

En Cuba, un estudio realizado por Barros, et al, (2009), en que se mostraron los Indios Pimas Mexicanos con los de Arizona en EEUU se demostró que el incremento de la actividad física es capaz de prevenir la obesidad y la DM tipo 2. En otros estudios se ha señalado que la obesidad presente en los pacientes diabéticos es resultado de un desbalance entre las ganancias y las pérdidas energéticas, con predominio de un balance entre las ganancias y las pérdidas energéticas, con predominio de un balance energético positivo. El ejercicio físico actúa incrementando las pérdidas energéticas, pero por si solo no es capaz de producir una reducción del peso corporal y del porcentaje de grasa, por lo que es necesario que se acompañe de un régimen alimentario hipocalórico que garantice una reducción del aporte calórico. Las modificaciones favorables observadas en el perfil lipídico de nuestro grupo de estudio avalan los beneficios capaces de producir un régimen controlado de ejercicios aerobios en los pacientes con DM tipo 2. Además, debemos destacar los efectos favorables que también se observan en el grupo de estudio respecto a

los parámetros usados a la evaluación de la composición corporal. Es posible que estos efectos no se hallan expresado de forma más sobresaliente debido al periodo relativamente corto en que los pacientes estuvieron sometidos al plan de ejercicios por lo que sería conveniente evaluar los resultados en una investigación futura en que los pacientes realicen ejercicios de la forma recomendada por más de 2 meses.

Desde, Costa Rica, Porras (2002), en su artículo “Diabetes Mellitus, calidad de la tención y bioética” muestra que la retinopatía diabética es la complicación que lleva a perdida de la visión en el paciente con DM2 y representa “la primera causa de nuevos casos de ceguera en adultos de 20-74 años”. Por lo tanto la prevención de la ceguera o la detección temprana deben ser actividades de calidad en el manejo de los pacientes con DM2 en todos los niveles de atención de la salud de los costarricenses.

El estudio de Mora (2014), en Costa Rica su artículo “Estado actual de la Diabetes Mellitus en el mundo” muestra que los siguientes datos epidemiológicos, tomados del Informe del acta medica costarricense, llaman la atención. En 2013, en todo el mundo, 382 millones de personas en edades de 20 a 79 años se diagnosticaron portadoras de Diabetes Mellitus, de las cuales el 80% vive en los países con mayores condiciones de pobreza. Los cálculos indican que en menos de 25 años, el total de personas afectadas aumentará a 592 millones. En Norteamérica, incluyendo Puerto Rico y México, la cifra actual de personas con esta enfermedad es de 37 millones. En Centroamérica, el resto de El Caribe, centro y toda Suramérica, la cantidad es de 24 millones. Destacan China, con 98,4 y la India, con 65,1 millones. África aumentará de 2013 a 2035, a 41,4 millones, un 109%. América Central y del Sur sufrirán un incremento del 60% (38,5 millones). Europa se proyecta con el menor aumento: solo un 22%. A su vez, los porcentajes de personas fallecidas por esta enfermedad fueron del 38% en Norteamérica y del 44% en centro y Suramérica, y la cifra mayor, un

76%, correspondió al continente africano. En casi todos los países, la gran mayoría de diabéticos reside en zonas urbanas.

Por otro lado, en Chile, Luengo & Salazar (2008), en su estudio “Aplicación del proceso de enfermería según el Modelo de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus” tienen como objetivo desarrollar el proceso de enfermería según el Modelo de Adaptación de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus y determinar su utilidad como marco teórico para el abordaje del cuidado de enfermería. Se concluye que la aplicación de este modelo en la atención de individuos con Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención por parte de enfermeras/os permite identificar las conductas y estímulos relacionados con las respuestas adaptativas de estos pacientes, contribuyendo a la planificación de las intervenciones requeridas para manejar los estímulos y conseguir su adaptación.

En Chile, Luengo (2008) pauta la prevalencia global mostrada por la Encuesta Nacional de Salud 2003 fue de 4,2%, 4,8% en hombres y 3,8% en mujeres, la cual se eleva a 9,4% en el grupo de 45-64 y a 15,2% en los de 65 y más años.

En Brasil, Gack, Pimenta, Do Nascimento, Calcalho (2010), plantean que de todas las acciones desarrolladas en la red de servicios de atención básica de salud, la práctica de la consulta de enfermería es considerada un importante rol asistencial para el control de los factores de riesgo de estas patologías. En la consulta el enfermero(a) tiene la posibilidad de conocer la realidad de cada paciente y promover medidas buscando el control de la glicemia, la hipertensión arterial, el peso y también estimular la práctica de actividad física regular y la adopción de dieta saludable. Todo esto para adoptar cambios en el estilo de vida; es decir, estratificar el riesgo cardiovascular, además, favorecer con actividades educativas individuales y colectivas, buscando la adhesión al tratamiento recomendado y encaminar al usuario hacia la consulta médica.

El instrumento creado tiene la finalidad de uniformizar la colecta de los datos para adopción de las conductas del enfermero(a) en la asistencia prestada y cuenta con informaciones organizadas

en bloques que tratan de la caracterización social de los usuarios, historia anterior y la actual situación nosológica, tales como: la evaluación clínica de enfermería, evaluación específica para detección del pie en riesgo de ulceraciones, diagnóstico de enfermería y conductas establecidas. El instrumento objetivo ofrece al enfermero(a) o estudiante una guía que propicie la ejecución de una evaluación amplia de la condición de atención diaria al paciente para la toma de decisión adecuada de cada situación, a partir de primera consulta, bajo responsabilidad del enfermero(a). Desarrolló en un Centro Municipal de Salud del Municipio de Río de Janeiro, en convenio con la Universidad Federal de Río de Janeiro.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública en el año 2012 de los 6.4 millones de adultos que se saben con Diabetes Mellitus 1.8 millones presenta complicaciones agudas. Entre las complicaciones se sitúa la cetoacidosis diabética (CAD) y consiste en la tríada bioquímica de hiperglucemia, cetonemia y acidemia; una deficiencia relativa de insulina, y el exceso concurrente de hormonas de estrés, son causa de la perturbación metabólica, los factores precipitantes son: Infecciones, Tratamiento inadecuado, Debut de la diabetes, Estrés, Sobreinsulinización crónica grave y Medicamentos.

Desde el primer informe periódico, iniciados en 2000, se describe con extrema rigurosidad científica la magnitud del impacto de esta enfermedad, así como las medidas sanitarias por tomar para vencerla, señalando con absoluta claridad y certeza los factores sociales, culturales y económicos que producen y favorecen el aumento de personas que enferman de Diabetes Mellitus en todo el mundo. La Federación Internacional de Diabetes también organiza y efectúa frecuentes reuniones regionales y mundiales, y ofrece a la comunidad médica excelentes publicaciones científicas acerca de los temas patológicos y de salud pública que caracterizan este mal y los factores sociales que lo favorecen. A pesar de las dificultades de toda índole que se presentan, la finalidad primordial de las organizaciones citadas y los gobiernos de la mayoría de los países, es detener su aumento, por las serias consecuencias que conlleva para la salud de los habitantes, y para

enseñar a las poblaciones enfermas a cumplir con el mejor tratamiento que las ciencias médicas producen como resultado de la investigación científica.

Las medidas y soluciones establecidas por los gobiernos y suscritas por las más altas autoridades en diabetes de todo el mundo, no han tenido a la fecha el esperado efecto beneficioso, pues este mal no disminuye su frecuencia, intensidad y gravedad, como consecuencia de sus particulares características epidemiológicas. Sin embargo, se tienen la seguridad y la esperanza de que con el esfuerzo y las acciones continuas en todas las naciones, la humanidad se verá libre de las enfermedades crónicas no transmisibles, en un futuro que es de esperar que no tarde demasiado.

En Colombia, Castaño (2012), afirman: “En su práctica asistencial, el profesional de Enfermería utiliza el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), definido como un conjunto de acciones intencionadas que se realizan en un orden específico con el propósito de asegurar que la persona reciba los mejores cuidados por parte de los profesionales de Enfermería. Es un método sistemático y organizado, para realizar cuidados individualizados de acuerdo con el enfoque de cada persona o grupo de personas que responden a una alteración potencial o real de su salud (6,7). La inclusión del PAE como estrategia de cuidado ha sido escasamente empleada por los profesionales de Enfermería en las diversas áreas de asistencia (8) y particularmente en el área de salud mental.

Se utilizó la Guía de Valoración por Patrones Funcionales en la persona con enfermedad mental la cual fue diseñada en el marco de la asignatura Salud Mental y Psiquiatría de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle. A través de ésta guía en fase de desarrollo se identifica el estado salud-enfermedad de la persona y su familia, teniendo en cuenta datos de identificación general e información objetiva y subjetiva proveniente de los once patrones funcionales de Marjory Gordon.

El estudio se realizó en el período enero-junio de 2010. De los 11 patrones evaluados, se identificaron 8 alterados, 4 con prevalencia por encima del 20%. Los patrones más prevalentes fueron: patrón de actividad y ejercicio que estuvo alterado en 16 personas (42.1%), nutricional metabólico en 13 personas (34. 2%), rol relaciones en 11 personas (28.9%) y cognoscitivo sensorial en 8 personas (21%). No se identificó alteración en los patrones: sueño y descanso, tolerancia y enfrentamiento al estrés y valores y creencias.

En Bogotá, Salcedo (2008), afirma que según la FID, para el 2003 había 194 millones de personas con la enfermedad, y se calcula que esa cifra se incrementará a 333 millones de afectados en el mundo para el 2025, lo que significa que el 6,3% de la población mundial tendrá diabetes. En la actualidad, la diabetes es la cuarta causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados y cada año mueren en el mundo más de tres millones de personas por causas relacionadas con la diabetes, Con la aplicación de la teoría de Dorothea E. Orem en el proceso de atención de enfermería al paciente con pie diabético, quiero contribuir al logro de un mejor control y manejo de la diabetes, haciendo que se adopten medidas y acciones individualizadas. El profesional de enfermería debe valorar, diagnosticar, planear y ejecutar estrategias para lograr la independencia con el fomento del autocuidado.

En el estudio realizado por Vinaccia, Et al (2006), de las Universidades de Buenaventura, Santo Tomas y Antioquia de Colombia, se evidenció deterioro importante en la calidad de vida en esto pacientes, principalmente en aquellos componentes relacionados con la salud física. Además se muestra que la conducta de enfermedad puntuó en el rango medio en todas sus dimensiones, aproximándose a un nivel alto la hipocondriasis general. También se encontraron correlaciones inversas entre la función física, con percepción psicológica versus somática de la enfermedad. La salud mental correlacionó también de forma negativa con distorsión afectiva, negación de los problemas e irritabilidad. La relación existente entre las dimensiones evaluadas permite una

aproximación al planteamiento de patrones de respuesta a la enfermedad, que redundan en la calidad de vida del paciente con diabetes¹.

En continuación Romero, et al, (2010), muestran en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia, al estudiar este mismo tema en los pacientes diabéticos encontraron que el 62,2% (196) de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 estudiados presentan una buena calidad de vida. Las escalas con mejores porcentajes son en salud mental 86,0% (271), rol emocional 68,3% (215) y vitalidad 75,9% (239). Las escalas de rol físico y salud general presentaron los porcentajes más bajos con 40,3% (127) y 37,5% (118) respectivamente. Pudiendo concluir con que las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 de la ciudad de Cartagena. Presentan una calidad de vida a nivel global buena, especialmente en la salud mental y sus funciones, vitalidad, función física. Las más afectadas son en las escalas relacionadas con el rol físico y la salud general.

Podemos observar que en general los pacientes diabéticos presentan una desviación en la funcionalidad física así como en la respuesta ante la enfermedad que presentan disminuyendo la adaptación a la enfermedad y la adherencia al estilo de vida que se requiere para sobrellevar la diabetes.

Ortiz, (2009) en su investigación en Santa Marta, Magdalena afirma que en cuanto a la edad; se detectó que 6 de los 10 pacientes en estudio se encuentran en un rango entre 41 y 50 años de edad. Este resultado tiene similitud con el estudio realizado por Mariana Falivene (2005)¹¹⁵, donde Las edades comprendidas en los pacientes diabéticos fueron entre 41 y 75 años siendo el grupo etario más comprometido entre los 41 y 50 años. Estos resultados apuntan a confirmar que la Diabetes Mellitus en ambos casos se da en personas en edad adulta; etapa en la cual, el ser humano tiene definida su situación laboral, económica, sentimental, religiosa entre otros, y tiene mayor riesgo de padecer complicaciones debido al deterioro físico que ocurre con el paso de los años. Hecho comprobado por la ADA en enero de 2008, donde se publicaron las pauta para el manejo de

la diabetes y por el consejo nacional de diabetes realizado en Venezuela en el 2003, donde se informa que tener más de 45 años de edad es un factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo II.

Con relación a los datos obtenidos durante la evaluación de los 4 modos de adaptación según Callista Roy se encontró que el modo físico fisiológico se encuentra comprometido con un porcentaje del 38%. A la vez, el modo de interdependencia se encontró menos comprometido con un porcentaje del 18%. Igualmente, otros estudios¹²¹ revelaron que las respuestas de adaptación entre los pacientes con enfermedad crónica muestran diferencias significativas en la adaptación fisiológica, pero no en la adaptación psicosocial. Esto quiere decir que vivir con una enfermedad crónica requiere un ajuste y diferentes modos de respuestas a los estímulos relacionados con la patología lo cual influye posteriormente en las respuestas de adaptación.

4. OBJETIVO GENERAL

Identificar cuáles son los patrones funcionales de Marjory Gordon alterados en las personas pertenecientes al club de diabéticos de la ciudad de Santa Marta, mediante la evaluación de estos, con una adecuada aplicación de instrumentos de valoración (el examen físico, el formato de valoración de patrones funcionales de M.G.) y la revisión de la historia clínica, estableciendo las intervenciones que se deriven de la valoración, con el fin de contribuirles en el proceso de adaptación y mejoramiento de la calidad de vida.

5. MARCO CONCEPTUAL

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica, que deriva a un grupo de enfermedades metabólicas, caracterizadas por la presencia de hiperglucemia crónica, que resulta de defectos en la secreción de la insulina, en la acción de la misma o por la coexistencia de ambas. Así mismo se asocia en el largo plazo daño, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. Además es considerada como un problema en Salud Pública debido a su alta prevalencia a nivel mundial.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) propuso 4 categorías y un 5º grupo de en donde se presentan glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes¹:

1. Diabetes Mellitus tipo I
2. Diabetes Mellitus tipo II
3. Diabetes Gestacional
4. Otros tipos específicos de Diabetes
5. Intolerancia a la glucosa y glicemia de ayunas alterada

En donde la **Diabetes Mellitus tipo I (DMI)** se define como destrucción de las células betapancreáticas, deficiencia absoluta de insulina, tendencia a la cetoacidosis y necesidad de tratamiento con insulina para vivir (Insulino-dependiente). De esta se derivan la *Diabetes autoimmune* con marcadores positivos en un 85-95% de los casos, anticuerpos antiislotes (ICAs), antiGADs (decarboxilasa del ac. glutámico) y anti tirosina fosfatasas IA2 e IA2 β. Esta forma también se asocia a genes HLA. La *Diabetes idiopática* Con igual comportamiento metabólico, pero sin asociación con marcadores de autoinmunidad ni de HLA (Santiago A, 2010).

En segunda estancia la **Diabetes Mellitus tipo II (DMII)** es un trastorno metabólico multifactorial. Se caracteriza por hiperglicemia crónica, resistencia a la insulina y un defecto en la

secreción de la misma². Es un grupo heterogéneo, la mayoría de los pacientes son obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal. Se presentan niveles de insulina normales o elevados, sin tendencia a acidosis. Al final requerirán e insulina para su control.

Además se muestra una modalidad más de esta llamada **Diabetes Gestacional** la cual aparece en el curso del embarazo que puede desaparecer al término del embarazo o persistir como intolerancia a la glucosa o diabetes clínica.

Continuado encontramos los **Otros tipos específicos de Diabetes** donde se incluyen pacientes con defectos genéticos en la función de la célula beta como las formas llamadas MODY (maturityonset diabetes of theyoung); otros con defectos genéticos de la acción de la insulina; otros con patologías pancreáticas (pancreatectomía, pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, neoplasia del páncreas, hemocromatosis); endocrinopatías (Cushing, acromegalia, glucagonoma, feocromocitoma). También algunos fármacos o tóxicos pueden producir diabetes secundaria (corticoides, ácido nicotínico, L-asparagina, infección alfa, pentamidina); agentes infecciosos (rubeola congénita, citomegalovirus) y otra enfermedades como Síndrome de Down, Klinefelter, Turner, enfermedad de Stiff-man y Lipofilias (Santiago A, 2010)

Y por último para terminar esta clasificación están los **Intolerante a la glucosa y glicemia en ayunas**, en la primera se ve una respuesta anormal a una sobrecarga de glucosa suministrada por vía oral; la segunda se debe al hallazgo de una glicemia en ayuno entre 100 y 125 mg/dl.

En el último informe de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), presentado en su publicación periódica como la sexta edición de Diabetes Atlas y entregado en diciembre de 2013, durante la celebración de su Congreso Mundial, preocupa seriamente, porque esta enfermedad sigue afectando de manera grave la salud de la humanidad. Los datos e informaciones estadísticas

alarman, pues sus dañinas consecuencias para la salud de la población, se mantienen y aumentan(Pérez F, 2009).

Se confirma de su lectura que la Diabetes Mellitus continúa siendo una de las enfermedades crónicas más serias(Pérez F, 2009).

Chepe (2010) afirma que el consentimiento informado es un instrumento que permite y de igual forma traduce un derecho del paciente dentro de la neoética médica, siendo su principal objetivo proteger la autonomía del paciente. Puede definirse como el “proceso cuya materialización consiste en la declaración de voluntad realizada por una persona, a través de la cual, luego de haberse considerado las circunstancias de autonomía, evaluado su competencia y la comprensión de la información suministrada previamente referida al plan diagnóstico, terapéutico, quirúrgico o ensayo de investigación, otorga su consentimiento para la ejecución del procedimiento ofrecido o en su defecto decide rechazarlo. Se debe tener claridad que el manual de ética de la asociación médica americana sostiene que consistente en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de la enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma, los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su consentimiento para ser sometido a esos procedimientos investigativos que permitan tomar los datos necesarios para la adecuada implementación de los instrumentos requeridos para el proceso investigativo.

El consentimiento informado es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. El consentimiento informado debe contener al menos los siguientes apartados: Nombre del proyecto de

investigación en el que participará, objetivos del estudio, es decir, qué se pretende obtener con la investigación, Procedimientos y maniobras que se le realizarán a las personas en ese estudio, riesgos e inconvenientes de participar en ese estudio así como las molestias que pudieran generar, Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio, compensaciones o retribuciones que podría recibir por participar en la investigación, aprobación del proyecto de investigación por un Comité de Ética de investigación en humanos. Entre otros aspectos fundamentales se recalca la confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.

Por otro lado cabe resaltar que aunque el paciente allá firmado el consentimiento informado puede en cualquier momento de la investigación decidir realizar un retiro voluntario de participar en el estudio, sin que esta decisión repercuta en la atención que recibe en el instituto o centro en el que se atiende, por lo que no perderá ningún beneficio como paciente.

Avila (2013) sostiene que el documento del Consentimiento informado debe tener fecha y firmas de la persona que va a participar en la investigación o de su representante legal, así como de dos testigos y se debe especificar la relación que tienen éstos con el participante en el estudio. Además, debe estar marcado el nombre y la firma del investigador que obtiene el Consentimiento informado. También deben de haber en ese documento datos para el contacto de las personas responsables y autoras del protocolo de investigación, tales como un teléfono o correo electrónico, por si requieren comunicarse para cualquier asunto relacionado con el proyecto de investigación.

Su participación siempre es libre y voluntaria. Por lo tanto, en ningún momento debe sentirse presionado para colaborar en las investigaciones.

Mondragon (2009) afirma que la obtención del consentimiento es un proceso que comienza con el contacto inicial con el participante del proyecto mediante suministro de manera comprensible y no sesgado de la información, repetición y explicación a los participantes, respondiendo a preguntas a medida que surjan y asegurando que cada persona se apropia adecuadamente de lo que va a suceder dentro de la investigación. Así se evidencia el respeto por la dignidad y reconocimiento de la autonomía de las personas; por lo que es importante dar tiempo suficiente o necesario, incluyendo tiempo para consultar a quienes considere, como a su familia, amigos, etc., para llegar a tomar una decisión, que pueda representar el propio investigador y de la cual no se vaya a arrepentir.

El investigador tiene el deber y la responsabilidad de asegurarse, por un lado, que él ha comunicado de manera clara y completa la descripción del estudio; y, por otro lado, cerciorarse que el participante ha comprendido adecuadamente toda la información relacionada con el desarrollo del proyecto y su papel dentro de ella. Pero para lograr analizar estos aspectos se requiere de la evaluación de la comprensión de la información que se dio, todo este proceso no es un trabajo fácil pero es útil para la obtención del consentimiento está sustentado en la comunicación adecuada.

Además la formalización de la obtención del consentimiento, puede tener varias alternativas: expresarlo de manera clara verbalmente o firmar un formulario de consentimiento como es el caso del estudio que se implementó en el club de diabéticos.

Solo el comité de ética puede autorizar el no diligenciamiento del formato de consentimiento informado en casos de riesgos.

Por otro lado, con base en lo definido con respecto a la enfermedad, desde nuestra perspectiva con profesionales de la Salud y en especial de Enfermería mediante las necesidades que se establecen para los sujetos que posean esta enfermedad se buscan herramientas que nos permitan establecer un mejor plan de cuidado, en este caso mediante los Patrones Funcionales establecidos

por Marllory Gordon los cuales define como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración sistémica con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología⁴ de aquí la información recaudada facilita el análisis que a su vez dependerá en gran parte los cuidados que se le proporcione al paciente; logrando así un diagnóstico enfermero exacto. Estos parámetros son once (11) patrones que sirven para valorar diferentes cosas pero siempre buscando mantener una óptica integral del ser humano, estos patrones son: 1. Percepción - manejo de la salud, 2. Nutricional – Metabólico, 3. Eliminación, 4. Actividad – Ejercicio, 5. Sueño – Descanso, 6. Cognitivo – Perceptual, 7. Auto percepción - Auto concepto, 8. Rol – Relaciones, 9. Sexualidad – Reproducción, 10. Adaptación – Tolerancia, 11. Valores- Creencias.

Estos patrones de valoración se obtienen a través de una serie de preguntas que se le hacen al paciente buscando determinar el perfil funcional del individuo y al mismo tiempo identificar aquellos patrones que presentan una anomalía.

✓ **PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD:** Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación; Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc).(Álvarez, J, Castillo, F et al. 2010)

✓ **EL NUTRICIONAL – METABOLICO:** Este evalúa la parte nutricional y metabólica del paciente es decir que evalúa las costumbres del paciente en cuanto a la ingesta de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas de este (el

paciente) este patrón explora a través de preguntas y la observación las posibles dificultades que se puedan presentar en la ingesta de alimentos del paciente.⁵

✓ **ELIMINACION:** Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.(Álvarez, J, Castillo, F et al. 2010).

✓ **ACTIVIDAD – EJERCICIO:** Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

✓ **SUEÑO – DESCANSO:** Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos(Álvarez, J, Castillo, F et al. 2010).

✓ **COGNITIVO – PERCEPTUAL:** En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo.

Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor.

Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.(Álvarez, J, Castillo, F et al. 2010).

✓ **AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO:** Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa

el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc) (Álvarez, J, Castillo, F et al. 2010).

✓ **ROL – RELACIONES:** Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc.

Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.(Álvarez, J, Castillo, F et al. 2010).

✓ **SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN:** Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.(Álvarez, J, Castillo, F et al. 2010).

✓ **ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS:** Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. (Álvarez, J, Castillo, F et al. 2010).

✓ **VALORES – CREENCIAS:** Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud(Álvarez, J, Castillo, F et al. 2010).

Según la “Guía de atención enfermera a personas con diabetes” editada por la Consejería de Salud del Servicio Andaluz de Salud (SAS), en su segunda edición revisada, después de la valoración efectuada, los diagnósticos enfermeros más prevalentes (incluye su etiqueta diagnóstica NANDA) son: 00126: Conocimiento deficiente, 00078: Manejo inefectivo del régimen terapéutico

personal, 00079: Incumplimiento del tratamiento, 00069: Afrontamiento inefectivo, 00070: Deterioro de la adaptación, 00062: riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador, 00001: Desequilibrio nutricional por exceso, 00085: Deterioro de la movilidad física, 00059: Disfunción sexual, 00047: riesgo de deterioro de la integridad cutánea, 00120: Baja autoestima situacional, 00074: Afrontamiento familiar comprometido,.

Es muy importante la negociación terapéutica con el paciente, pactando los objetivos a proponer, así como las intervenciones a realizar, y desde ellas, instruirle en las características de su diabetes, complicaciones, factores de riesgo y factores de mejora, para llevar a cabo el plan de cuidados con éxito.

Modificar conductas en cuanto a dieta y ejercicio constituye la base para disminuir el peso, sin embargo tiene un índice de fracasos elevado. Este fracaso puede estar causado, por una parte, por la percepción del propio paciente de que la dieta deteriora su calidad de vida, dado que la percibe como algo que le es prohibido, prolongado en el tiempo; por otra parte, por falta de información en cuanto a los efectos que comporta una dieta adecuada en sus controles de normoglucemia, sobre todo si no ha cumplido la dieta propuesta y por lo tanto no puede reconocerle una eficacia demostrable.

EXAMEN FISICO

El Examen Físico es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo, tales como: termómetro clínico, estetoscopio, y esfigmomanómetro entre los más utilizados.

En el Examen Físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, complementados por la termometría clínica, la esfigmomanometría, y si es posible la exploración de la sensibilidad y los reflejos.

Inspección: Es la apreciación con la vista desnuda o cuando más con la ayuda de una lente de aumento, del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa, como también de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación, ejemplo: boca y fauces.

Palpación: Es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada, ello valiéndonos de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión y estereognóstico de las manos.

Percusión: Consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Puede ser practicada golpeando la superficie externa del cuerpo con las manos desnudas, o valiéndose de un martillo especial.

Auscultación: Consiste en la apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón, o por la entrada y salida de aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito en el tubo digestivo, o finalmente por cualquier otra causa.

HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento

únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. (Resolución 1995/99).

Esta consta de las siguientes partes: Informe de alta, donde incluirá, Datos relativos al centro, Nombre, dirección, teléfono, Servicio o Unidad donde se produce el alta. Facultativo responsable del alta. Datos de identificación del paciente, Nombre y apellidos. N° de historia clínica, Fecha de nacimiento y sexo, Datos referidos al proceso asistencial, Fecha de admisión y alta, Motivo del ingreso, Diagnóstico principal, Otros diagnósticos (si procede), Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos, Otros procedimientos significativos (si procede). Resumen clínico (antecedentes, exploración física, exploraciones complementarias, curso clínico y recomendaciones terapéuticas).

Segundo de la Hoja de Historia Clínica, Hojas de Curso Clínico, Hojas de datos de enfermería, Hojas de seguimiento de enfermería, Hojas de quirófano, si la requiere, Hoja preoperatoria o de consulta preanestésica – Hoja operatoria, Hoja de anestesia, Hojas de prescripciones médica, Hojas de resultados y/o informes de otros Servicios y hojas de exploraciones específicas por Servicios, Hojas de Anatomía Patológica, Otros resultados de laboratorio y radiodiagnóstico. Hoja de programación de exploraciones, Hojas de exploraciones específicas por Servicios, Registros de enfermería, Plan de curas de enfermería, signos vitales, Balance de líquidos, Perfusiones/medicación, Valoración al alta.

6. MARCO TEORICO

Virginia Henderson, (Kansas, Estados Unidos 1897 - 1996), fue una enfermera teorizadora que incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Teniendo en su filosofía los elementos de: 1. la enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz. 2. Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud. 3. Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados. 4. Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8 a la 9 relacionadas con la seguridad, la 10 relacionada con la propia estima, la 11 relacionada con la pertenencia y desde la 12 a la 14 relacionadas con la auto-actualización.

Teniendo en cuenta que el ser humano tiene unas necesidades básicas (enferma o sana) según Henderson son: 1. Oxigenación. 2. Nutrición e hidratación. 3. Eliminación de los productos de desecho del organismo. 4. Moverse y mantener una posición adecuada. 5. Descanso y sueño. 6. Usar prendas de vestir adecuadas. 7. Termorregulación. 8. Mantener la higiene. 9. Evitar los peligros del entorno. 10. Comunicarse con otras personas. 11. Vivir según sus valores y creencias. 12. Trabajar y sentirse realizado. 13. Jugar y participar en actividades recreativas. 14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Myra Estrin Levine “Los Cuatro Principios de Conservación” (1920-1996) Utilizó los conocimientos de la Psicología, Sociología, Filosofía para analizar diversas sugerencias sobre el ejercicio profesional de la Enfermería.

Considera que el papel de la enfermera consiste en apoyar los mecanismos de adaptación del individuo para que mantenga el mejor funcionamiento de todas sus partes, esto lo logrará mediante

el cumplimiento de cuatro principios básicos a saber: Mantenimiento de Energía del Individuo; Mantenimiento de la Integridad Estructural; Mantenimiento de la Integridad personal; Mantenimiento de la Integridad social. Y Mantenimiento de Emergía: La temperatura, la frecuencia del pulso, la frecuencia de la respiratoria son parámetros de energía que son medidos en el cuidado diario del paciente y que cada persona responde a los procesos de enfermedad de manera diferente. Para el mantenimiento de la Integridad Estructural, las actividades de enfermería se orientan para que el proceso de curación y cicatrización sea rápido y no interfiera con la función. En el mantenimiento de la Integridad Personal: Enfatiza el sentido del YO. Y para el mantenimiento de la Integridad Social: La identidad sitúa a las personas dentro de una familia y una comunidad, con una determinada herencia cultural y creencias religiosas, un nivel socioeconómico y nivel educativo específico.

Betty Neuman “Modelo de Sistemas”: Publicado por primera vez en 1972 se ocupa primordialmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión, en el desarrollo y mantenimiento de la salud. La persona se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo.

La intervención de enfermería tiene por objeto reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían afectar el funcionamiento óptimo en la situación determinada de un usuario. La intervención de enfermería se lleva a cabo mediante la prevención primaria que evita que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción reduciendo la posibilidad de hacer frente al productor de tensión. La prevención secundaria es conveniente después de que el productor de tensión penetra la línea normal de defensa. La atención incluye la atención oportuna de casos, y la planificación y evaluaciones de las intervenciones relacionadas con los síntomas. La prevención terciaria acompaña al restablecimiento

del equilibrio. El punto central está en la reeducación para evitar que vuelva a suceder lo mismo, la readaptación, y la conservación de la estabilidad.

Dorothea Elizabeth Orem, fue una enfermera estadounidense que enfatiza que ningún autor en particular ha influenciado su modelo, pero manifiesta haberse sentido inspirada por varias teorizadoras de la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás. Esta teorista nació en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció un 22 de Junio del 2007, alrededor de los 94 años de edad, pero en su vida dejó grandes legados para la profesión de enfermería, puesto que describió la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas, como es el caso de la teoría del autocuidado; en la cual se plantea y se explica detalladamente el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, estos requisitos abarcan; los requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. El requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. Por último tenemos los requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Orem plantea en su filosofía que en su teoría se puede encontrar un parecido con situaciones reales, ya que tiene una visión que permite describir a los seres humanos como “seres dinámicos, unitarios, que viven en un sus entornos, que están en procesos de conversión y que poseen libre voluntad, así como cualidades esenciales de los seres humanos.” Ella mediante la implementación de su teoría trata de la resolución de una problemática de la ciencia de la enfermería, con una investigación no empírica, donde la cual Dorothea ha observado durante toda su carrera. Esta teorista plantea la teoría del déficit de autocuidado en la cual describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. En el caso de estudio que realizamos sobre pacientes con diabetes además de la intervención profesional se requiere el apoyo y colaboración constante de los familiares, ocasionando en los pacientes un déficit en su autocuidado. De igual manera plateo la teoría de sistemas de enfermería; en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas: 1. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo. 2. Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege. Y 3. Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados, mediante la implementación de acción de la enfermera y desarrollando algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Ella resalta las acciones del paciente, el papel que desempeñan algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera. También implemento el sistema de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían

hacer sin esta ayuda, pues la acción de la enfermera regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado y la acción del paciente debe cumplir con el autocuidado. Ya que la naturaleza del autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades: Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal, mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales, prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones, prevención de la incapacidad o su compensación, y promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

La relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva, en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente.

Esta relación se ve también en la guía de planificación de la enfermera según Orem, que dice: que se requiere tener la Información previa, se debe consultar al paciente y a la familia sobre el estado de salud del mismo y las condiciones culturales. A su vez Identificar y analizar el

impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos. La Valoración la cual evalúa el desarrollo del paciente y su familia, que se analizara las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia. La planificación de los cuidados de enfermería, dirigidos a superar el déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia. La enfermera deberá apoyar la toma de decisiones del paciente y su familia. (Fernandez, M 2010)

Sor Callista Roy, nació el 14 de octubre de 1939 en Los Ángeles, California es una teórica, profesora y autora de enfermería. Es conocida por haber creado el modelo de adaptación de Roy. En 2007 fue designada «Leyenda Viviente» por la Academia Americana de Enfermería. Esta teorista permite la agrupación de conocimientos que permitan explicar un fenómeno dado que nos interesa de manera coherente y adecuada, pues la diabetes es una enfermedad que afecta a la mayor parte de la población, por ende Sor Callista Roy desarrollo con su teoría de la adaptación pautas que permiten comprender que todo ser humano tiene la capacidad de adaptarse a los cambios, aunque en ocasiones para algunos sea más difícil y traumático el proceso, en algunos casos es sorprendente ver y analizar la capacidad de adaptación que tienen algunos seres humanos. Pues vale resaltar que el modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales; el paciente el cual lo define como la persona que recibe los cuidados, la meta la cual es que el paciente se adapte al cambio, la salud que es el proceso de llegar a ser una persona integrada y total, el entorno que son todas aquellas condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona y por último la dirección de las actividades las cuales deben facilitar todo el proceso permitiendo lograr la adaptación la cual es la finalidad del modelo. (Gonzalez, A & Vasquez G, 2009).

Según lo que plantea Roy cabe resaltar que para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres

clases de estímulo, que son: los focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado. Los contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal y por último los residuales: corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados. En los pacientes pertenecientes al club de diabéticos con los cuales se realizó este estudio se logró evidenciar la gran influencia de todos estos estímulos, pues las personas son unos seres holísticos e integrales que requieren tener un equilibrio en estos factores para mantener un adecuado estado de salud y bienestar y por ende su proceso de recuperación sea lo más satisfactorio posible.

El modelo de Sor Callista Roy es una metateoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse. (Gonzalez & Vasquez G, 2009).

Por ende es grato realizar estos estudios para lograr comprender los procesos adaptativos y en qué puntos se requiere mayor colaboración, pues la adaptación no solo es para el paciente sino también para sus familiares, porque para todos se está presentando el cambio.

Florence Nightingale. “Teoria del Entorno”: inició su instrucción como enfermera en 1851 en Kaiserwerth, Alemania. Formuló sus ideas y valores gracias a los años de trabajo caritativo en enfermería hospitalarias y militares.

En 1852 Florence Nightingale con su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que

ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma”: Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”.

Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.

La teoría de Nightingale ha influido significativamente en otras teorías: Teoría de la Adaptación, Teoría de las Necesidades y Teoría del Estrés.

Nola J. Pender, El Modelo de Promoción de la Salud se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivo- perceptuales que son modificado por las características situacionales, personal e interpersonal, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe una pauta para la acción.

Buscando integrar tanto a la enfermera como a la persona respecto a las conductas que promueven el bienestar humano tanto físico, mental y social; ya que el profesional en enfermería debe ser el principal motivador para los pacientes en cuánto a mantener su salud personal.

7. METODOLOGIA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, de naturaleza cuantitativa, según Hernández Sampieri, “el estudio descriptivo busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno, es decir únicamente pretende recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren”, el presente estudio es descriptivo porque su objetivo está encaminado a identificar los patrones funcionales alterados en los pacientes diabéticos, y prospectivo porque se llevó una secuencia desde el inicio de la investigación hasta su resolución, encaminado al futuro.

Universo

De acuerdo con Balestrini (1999, p. 122), la población o universo puede estar referido a cualquier conjunto de elementos de los cuales pretendemos indagar y conocer sus características, o una de ellas, y para el cual serán válidas las conclusiones obtenidas en la investigación. Es el conjunto finito o infinito de personas, casos o elementos que presentan características comunes.

Por lo tanto, el universo para este estudio son: Todos los pacientes diabéticos.

Población:

587 pacientes con Diabetes Mellitus.

Muestra:

Pacientes pertenecientes a un club de diabéticos de una institución de primer nivel de la ciudad de Santa Marta, la muestra corresponde a 309 pacientes.

Tipo de muestreo:

Se realizó una técnica de muestreo probabilístico Aleatorio Simple, con un nivel de confianza del 95%, un error del 5%, una prevalencia de Diabetes Mellitus en Santa Marta del 7%. Una población descrita anteriormente de 587 pacientes que asistieron al Club de Diabéticos en la ciudad de Santa Marta.

La cual arrojó una n de 322 pacientes, de estos se tuvo un 5% de pacientes a los cuales no se les aplicaron los instrumentos debido a que algunos de los pacientes fallecieron, se cambiaban de residencia o simplemente desertaban del estudio; dando así un total de la Muestra de 309 pacientes encuestados.

Criterios de inclusión:

Pacientes que pertenezcan al club de diabéticos de la institución de primer nivel de atención, pacientes de 18 años en adelante, pacientes que vivan en la ciudad de Santa Marta, pacientes que aceptaron ser partícipes en el estudio, que firmaron el consentimiento informado y que no posean alteraciones mentales o del nivel de conciencia.

Criterios de exclusión:

Niños, pacientes con alteraciones mentales y alteraciones del nivel de conciencia.

Variables dependientes:

Pacientes diabéticos.

Variables independientes:

Percepción - manejo de la salud, Nutricional – Metabólico, Eliminación , Actividad – Ejercicio, sueño – Descanso, Cognitivo – Perceptual, Auto percepción - Auto concepto, Rol – Relaciones, Sexualidad – Reproducción, Adaptación – Tolerancia al estrés, Valores- Creencias.

Variables sociodemográficas:

Edad, Sexo, Ocupación, Estado civil, Numero de horas de cuidado, Escolaridad.

Instrumento:

El principal instrumento implementado en la población estudio fue el consentimiento informado, el cual se le aplicó a todos los participantes de este, permitiendo así que ellos tuvieran claridad en los conocimientos sobre lo que se quería realizar el estudio, teniendo su total aceptación y compromiso. Puesto que el consentimiento informado se define como toda declaración de voluntad sobre un objeto; esto es según el artículo 1517 del Código Civil.

El segundo instrumento fueron: los patrones funcionales establecidos por Marjory Gordon los cuales define como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración sistémica con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología de aquí la información recaudada facilita el análisis que a su vez dependerá en gran parte los cuidados que se le proporcione al paciente; logrando así un diagnostico enfermero exacto.

Por último, se empleó el examen físico, el cual es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo, tales como: termómetro clínico, estetoscopio, y esfigmomanómetro entre los más utilizados.

Cabe resaltar, que existen diversos tipos de estudios, los cuales han empleado los instrumentos utilizados en este, como son: “Amputación transmetatarsiana en un pie Diabético”, estudio analítico, de todas las variables que influyen en la aparición del pie diabético, entre otros.

Método de recolección:

Este estudio se realizó en dos fases, en primer lugar: la valoración; mediante la aplicación de los once patrones funcionales de Marjory Gordon, el examen físico y la revisión de la historia clínica; y en segundo lugar se realizó la formulación de los diagnósticos teniendo en cuenta la Taxonomía de la NANDA, en la que debía como mínimo existir dos características definitorias en el pacientes.

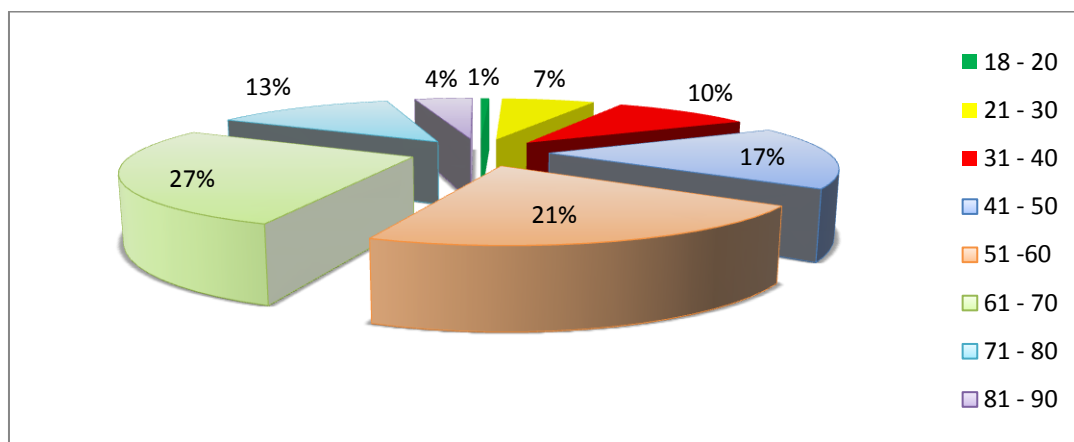
Análisis de datos:

Teniendo como base la recolección de los datos se procede a clasificarlos de la variable según el tipo, naturaleza y nivel de medición.

Tabla. 1. Variables

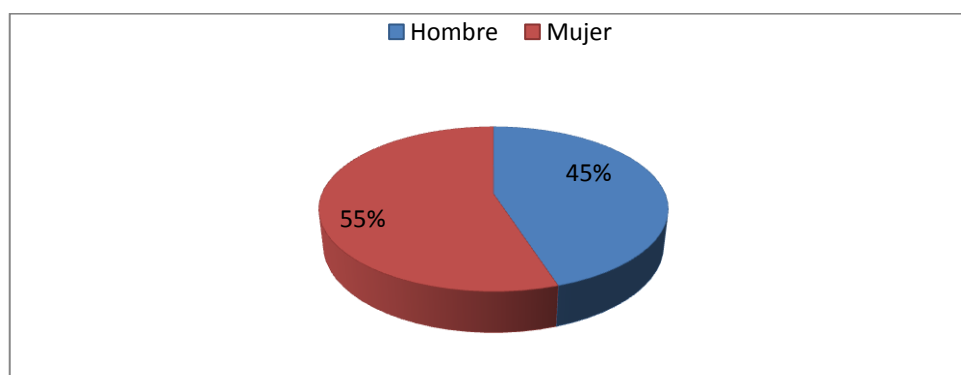
Nombre variable	Naturaleza	Tipo	Nivel de medición
EDAD	Variable continua	Variable cuantitativa	Variable intervalar
GENERO	Variable discreta	Variable cualitativa	Variable nominal
OCUPACION	Variable discreta	Variable cualitativa	Variable ordinal
ESTADO CIVIL	Variable discreta	Variable cualitativa	Variable nominal
HORAS DEL CUIDADOR	Variable continua	Variable cuantitativa	Variable intervalar
ESCOLARIDAD	Variable discreta	Variable cualitativa	Variable ordinal

Grafica 1. Distribución de las Edades de los participantes



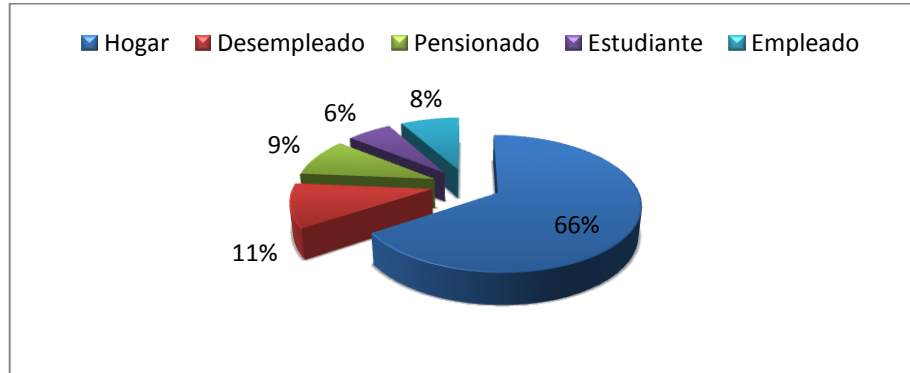
Esta grafica nos muestra que la mayor población se encuentra entre los 41 a 70 años.

Grafica 2. Distribución de géneros



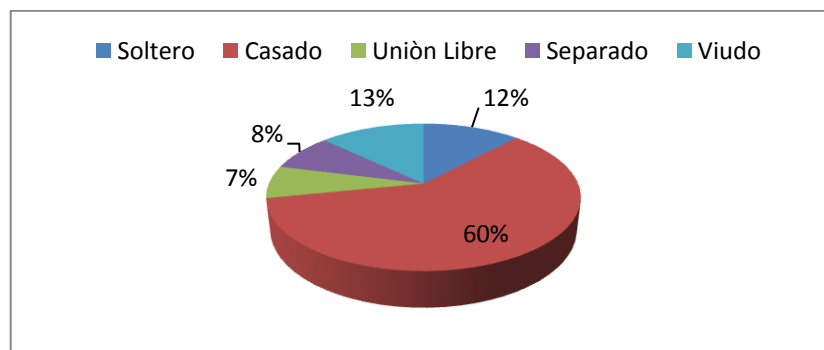
Según el estudio realizado sobre la alteración los patrones funcionales de Marjory Gordon en el club de diabéticos, se logró evidenciar que en la población estudio de un total de 309 pacientes el 55% eran mujeres y el otro 45 % hombres siendo notorio que la diferenciación en cuanto sexo solo fue de un 10% y que el estudio fue bastante equitativo, como se aprecia en la gráfica anterior.

Grafía 3. Ocupación



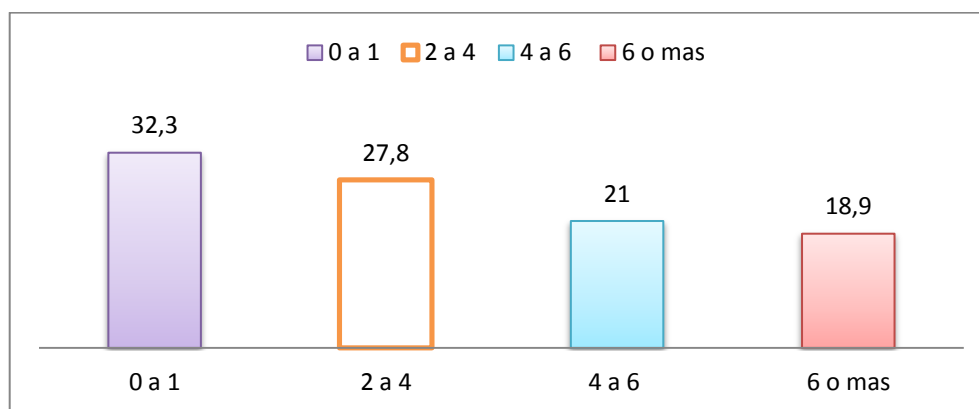
Se puede denotar que el 66% de los participantes se dedican a las labores del hogar y el otro 34% se ve distribuido entre el desempleo, pensión, estudiante y empleado teniendo esta ultima una mínima población.

Grafica 4. Estado Civil.



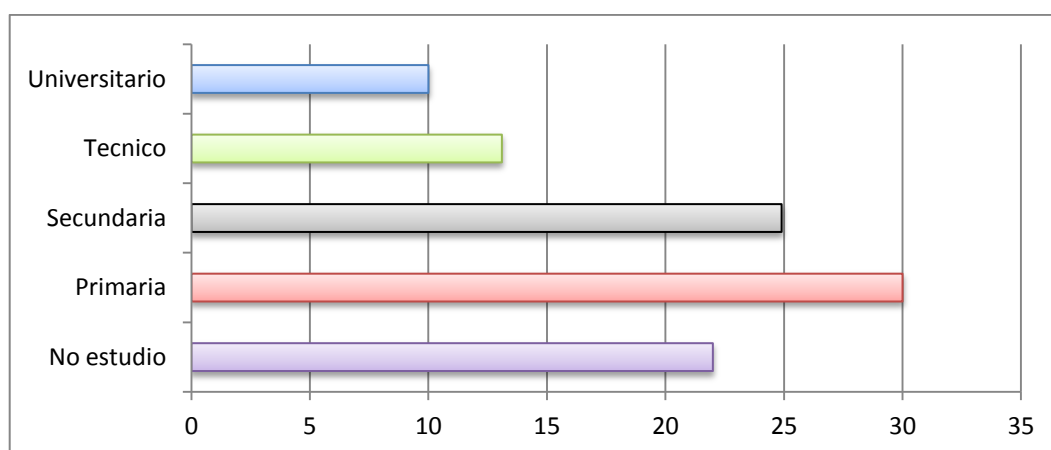
El estado civil se puede notar que la gran mayoría de la población estudiada se encontraba casados representado con un 60% del total.

Grafica 5. Horas de cuidado



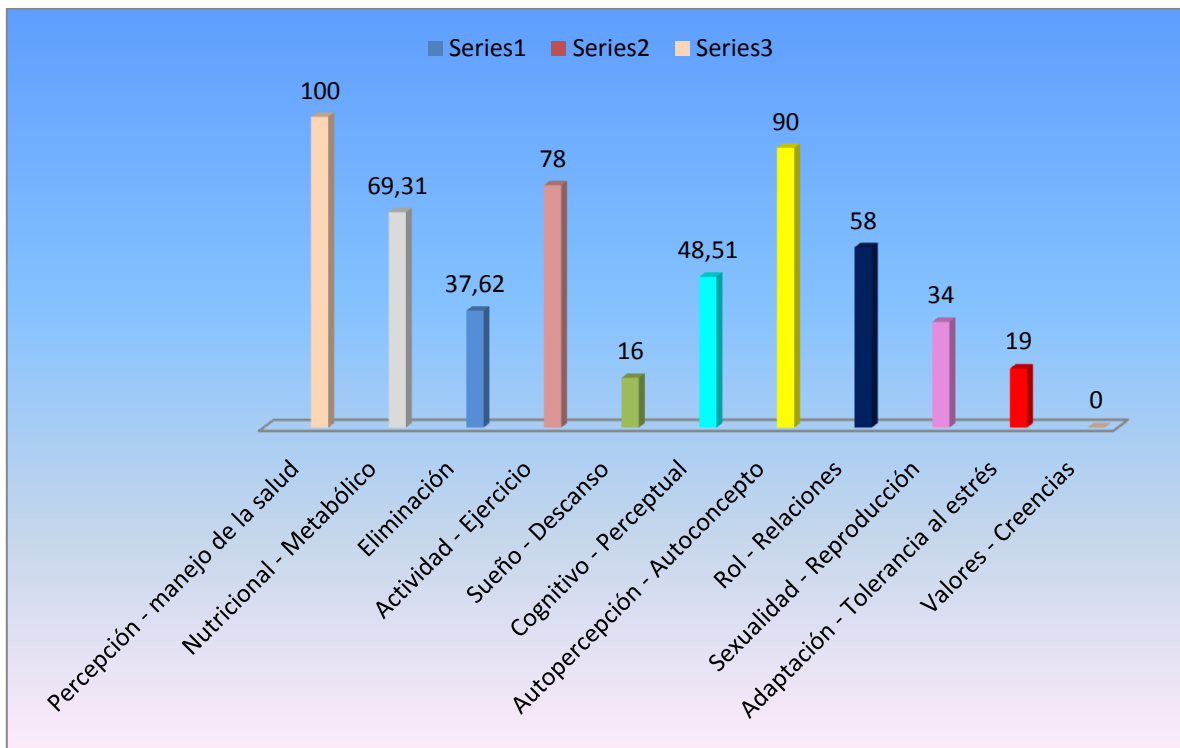
Esta grafica nos permite visualizar que los cuidados para los pacientes por parte de sus cuidadores tienen muy poco tiempo puesto que solo le dicen una mínima cantidad de tiempo en el día a los mismos.

Grafica 6. Nivel de escolaridad



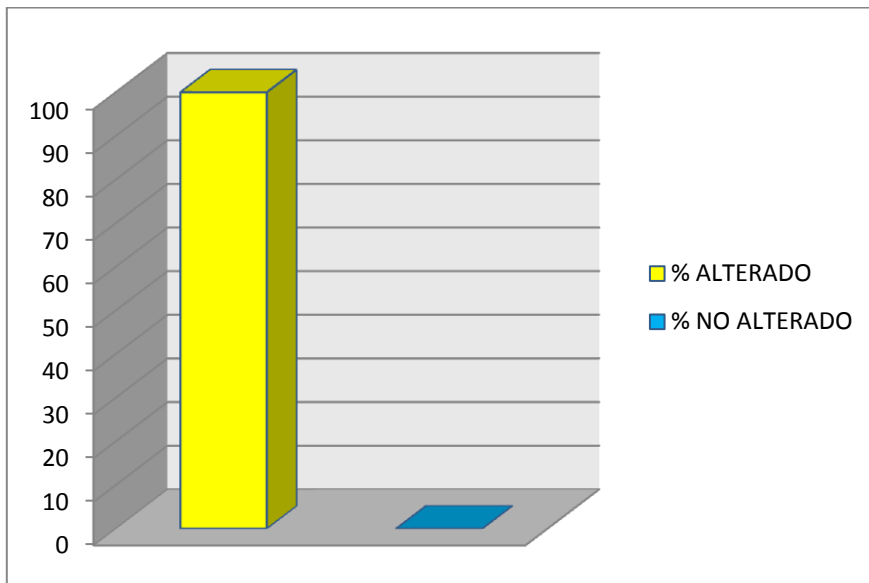
Se logra determinar que un gran porcentaje de la población estudio solo cursaron hasta la primaria, llevando a una segunda instancia la secundaria y una porción notable no estudio.

Grafica 7. Patrones Funcionales de MARJORY GORDON alterados en los pacientes pertenecientes al club de diabéticos



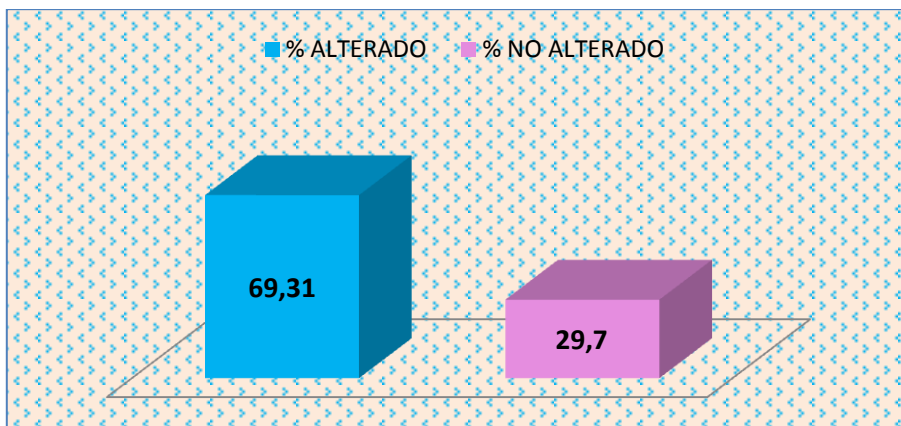
Es notorio que casi todos los patrones funcionales de M.G. presentan algún tipo de alteración, exceptuando el patrón de valores y creencias (0%), de igual manera se evidencia que toda la población estudio presenta alteración en el patrón de percepción – manejo de la salud (100%).

Grafica 8. Percepción - Manejo de la Salud



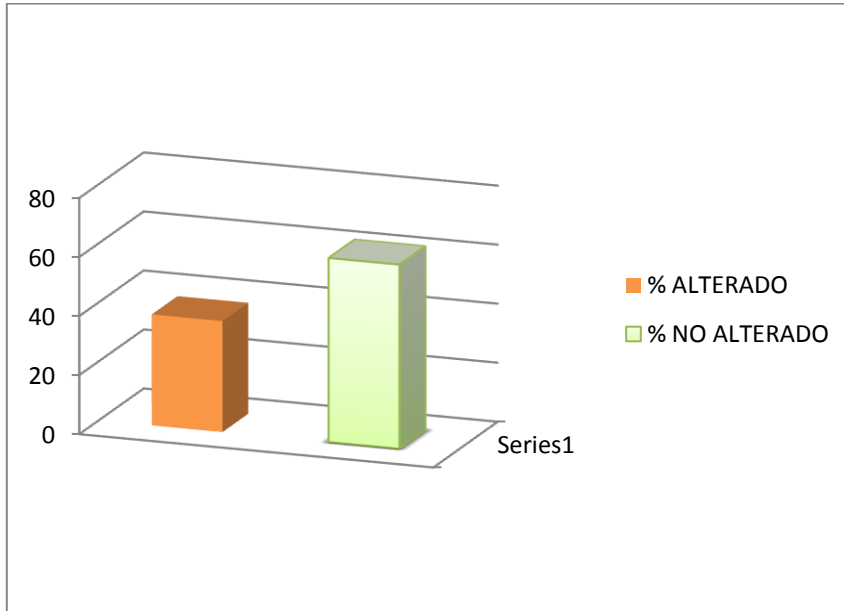
Se aprecia que en este patrón el 100% de los pacientes de estudio presentaron alteración ocupando el primer lugar de afectación.

Grafica 9. Nutricional - Metabólico



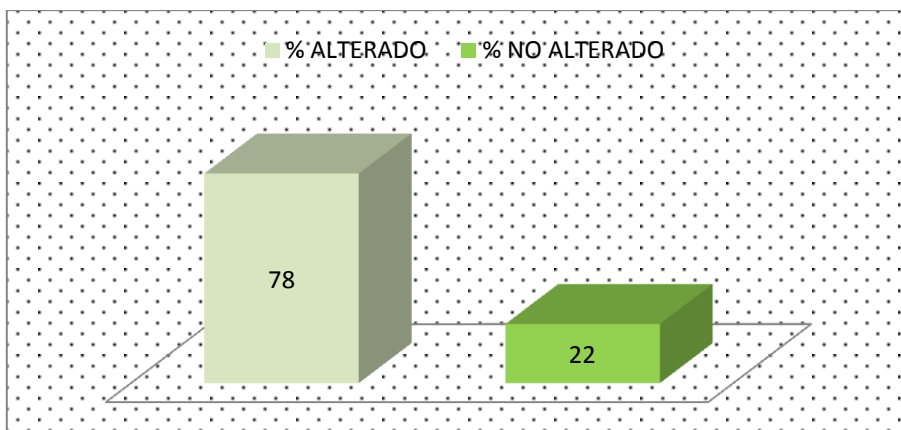
Se puede evidenciar que el patrón nutricional se encuentra alterado en más de la mitad de la población estudio, con un 69.31% ocupando el cuarto lugar en el rango de alterados.

Grafica 10. Eliminación



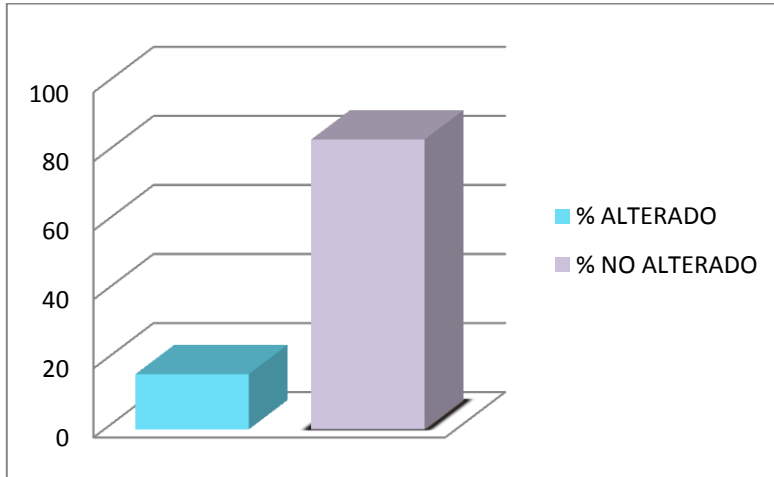
Como se aprecia en la gráfica, este patrón presenta una alteración leve, pues afecta a menos de la mitad de la población al 37.62%

Grafica 11. Actividad - Ejercicio



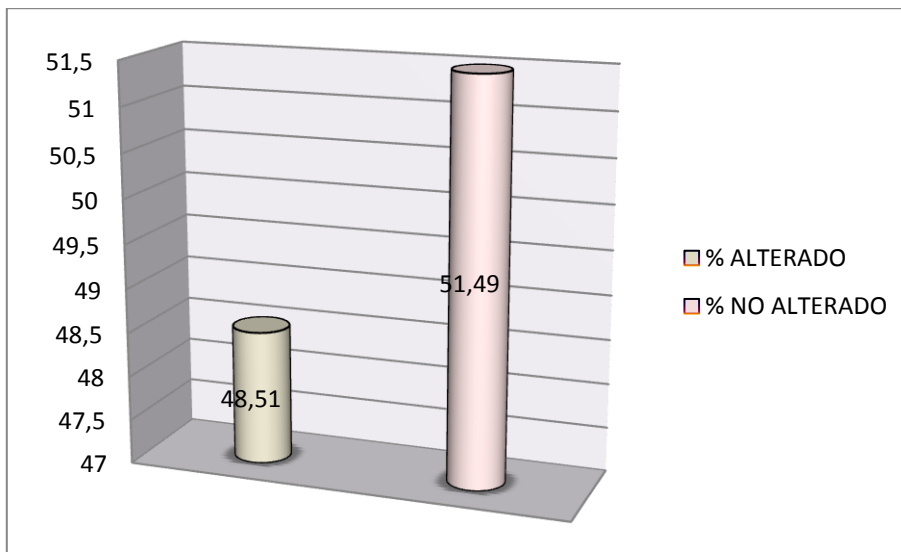
Es notorio que la alteración en este patrón es relevante, ya que el 78% de los pacientes lo presentan alterado, ocupando el tercer lugar en el rango.

Grafica 12. Sueño - Descanso



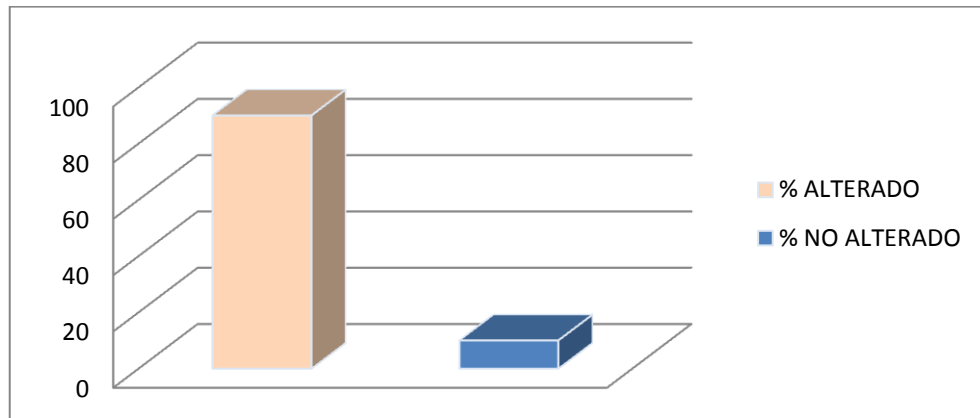
En la gráfica se evidencia que pocos presentan alteración en este patrón pues solo se ve afectado en el 16%, siendo uno de los 11 patrones funcionales de M.G. menos alterados.

Grafica 13. Cognitivo - Perceptual



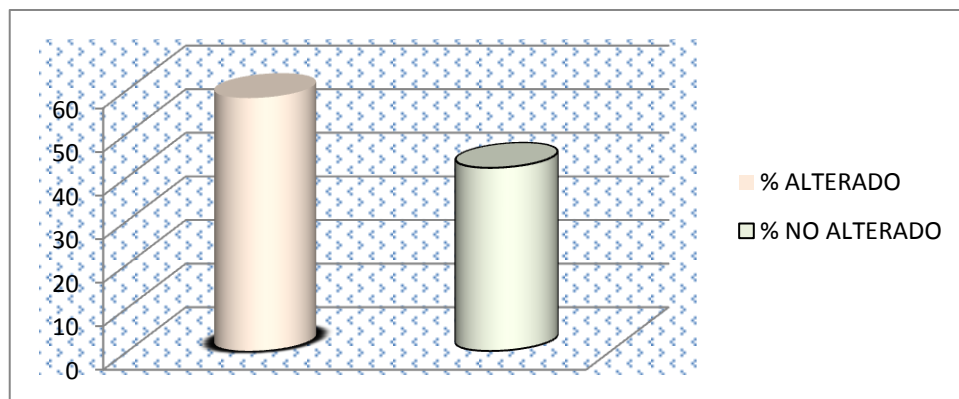
Se puede apreciar que el promedio de alteración y no alteración en este patrón es mínimo solo se vio afectado en el 48.51% de la población estudio, mientras que el 51,49% no lo tenía alterado.

Grafica 14. Autopercepción – Autoconcepto.



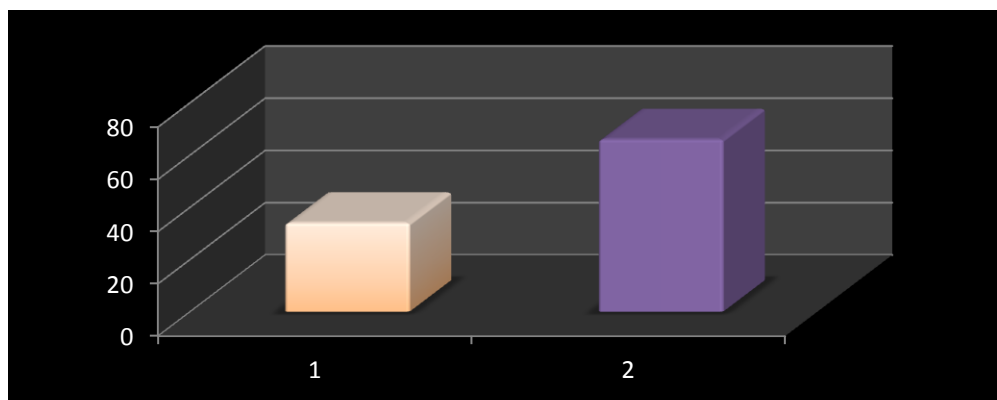
Esta grafica nos muestra que el 90% de la población presento alteración de este patrón.

Grafica 15. Rol – Relaciones.



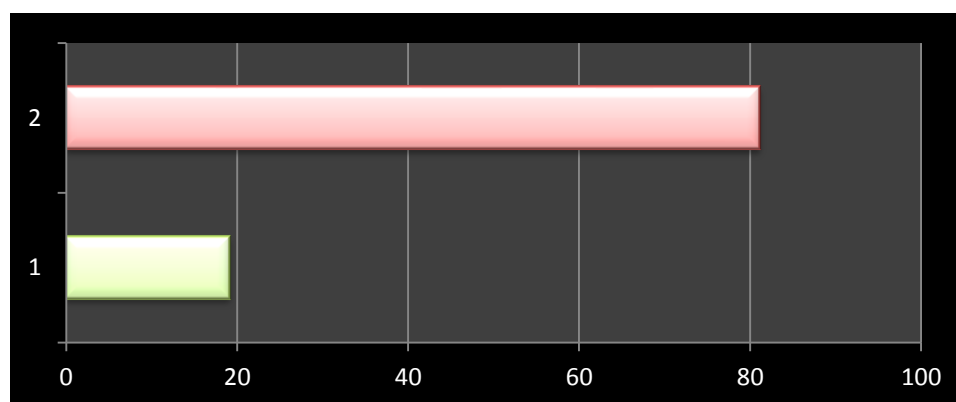
Del total de la población estudiada un 58% presenta alteración en este patrón.

Grafica 16. Sexualidad – Reproducción



La grafica nos permite apreciar que más de la mitad de la población estudiada presentaban alguna alteración en este patrón con la representación de un 66% de la totalidad.

Grafica 17. Adaptación – Tolerancia al Estrés.



Se puede denotar que en un 81% de la población estudio este patrón se encuentra alterado.

Grafica 18. Valores – Creencias



En esta grafica se puede observar que todos los pacientes no presentaban alteración en este patrón.

Al aplicar las medidas de tendencia central a las variables que permiten la recolección de datos se obtuvo una Moda ($M_o = 63$), una Mediana ($X = 60$), una Media ($X = \overline{38,625}$), una varianza de 756,268 y una desviación estándar de 27.50.

Aspectos éticos:

El estudio que se realizó en el club de diabéticos tuvo en cuenta los valores éticos solicitados en la investigación, se garantizó el derecho a la información, pues todos deben saber de qué trata el estudio y cómo será su participación en el, mostrándoles las actividades a realizar y los puntos de participación activa en los que deben dar su aporte, todo esto teniendo como base un factor fundamental que es la confidencialidad, puesto que se deben resaltar todas esas conductas que

se realizan en pleno uso de la libertad y voluntad de las personas, en el estudio se trata de construir aspectos aceptables en función moral que permitan la adecuada orientación y actitudes de los pacientes y familiares mejorando los aspectos comportamentales para la adecuada obtención y cumplimiento de los objetivos planteados, por otra parte la no discriminación de los participantes, la gratitud por la participación activa, mostrándoles que está establecido claramente el derecho de cada participante de abandonar el estudio en cualquiera de sus fases. Se socializo el estudio de investigación con todo el equipo de salud involucrado en la atención y cuidado, con los pacientes, quienes firmaron cada uno, el consentimiento informado, puesto que la base fundamental del estudio es la identificación de los patrones funcionales de M.G. afectados en los pacientes con Diabetes, pero en este proceso se hizo necesario resaltar la integridad y el bienestar de los pacientes y sus familiares, el cuidado y el mantenimiento del estado de salud de los pacientes . Se resaltó que si los pacientes aun después de haber firmado el consentimiento desearon abandonar el estudio lo podían hacer. Esta investigación muestra que hoy día el profesional de enfermería en su contante labor diaria debe implementar ejercicios críticos y reflexivos de su profesión, que contribuyan al crecimiento personal y profesional. Además se debe tener en claro que la salud es compromiso de todos.

8. RESULTADOS

Los resultados obtenidos son los siguientes: 55% eran mujeres con edades entre los 45 y 60 años, 45% habían cursado primaria, 60% eran casados; 66% se dedicaban al hogar, 69% de los pacientes tenían como apoyo un único cuidador y 60% requerían menos de seis horas de cuidado. Con relación a los patrones alterados se evidencio, que todos los investigados tuvieron el patrón percepción y manejo de la salud alterado destacándose las etiquetas diagnósticas: gestión ineficaz de la propia salud, evidenciando como características definitorias: fracaso de emprender acciones para reducir los factores de riesgo y dificultad con los tratamientos prescritos (Grafica 7).

El segundo patrón alterado fue nutricional metabólico en un 88% evidenciándose desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, caracterizado por patrones alimentarios disfuncionales y comer en respuesta a claves internas: ansiedad.

El tercer patrón alterado fue actividad y ejercicio, con un 78% de los pacientes, donde se hicieron los diagnósticos: déficit de actividades recreativas por afirmaciones de los pacientes de que se desaniman, no realizan actividad física y en algunos casos presentan intolerancia a la actividad definida por informes verbales de fatiga, debilidad y disnea de esfuerzo.

El cuarto patrón alterado fue Rol Relaciones con un 58 % etiquetándose: desempeño ineficaz del rol caracterizándose por cambios en la auto-percepción del rol.

9. CONCLUSIONES

En síntesis este estudio permitió identificar que pacientes tienen conocimientos inadecuados sobre el manejo de la patología y la prevención secundaria y terciaria; los pacientes que tienen buenos conocimientos no mostraron adherencia a conductas de fomento de la salud; las creencias en cuanto a diabetes están muy influenciadas por la percepción cultural más que por la información científica; en la mayoría de esta población se afecta la autoestima y el auto-concepto, puesto que las situaciones que afrontan estos pacientes cada día son más difíciles, ya que el proceso de adaptación a la patología resulta muy complejo, porque el manejo de ella implica cambios que muchas veces serán soportados dependiendo de factores tales como: la edad, la personalidad, las expectativas de vida, el apoyo familiar y la propia percepción de lo que es calidad de vida.

Podemos afirmar que desde el modelo de Orem se demostró que los pacientes incumplen con su autocuidado; demostrando mantenimiento ineficaz de la salud e incumplimiento en el régimen terapéutico, por lo cual el profesional de enfermería debe abordar a los pacientes por medio de la educación mejorando la capacidad de autocuidado de la persona, es aquí donde el enfermero valora Como percibe el individuo la salud y el bienestar, Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación, La adherencia a las prácticas terapéuticas y además se incluyen las prácticas preventivas y hábitos higiénicos.

Desde el modelo de Levine en su Teoría podemos denotar que la población del Club de diabéticos que necesario equilibrar la energía y el consumo de ésta, para prevenir el agotamiento tanto del paciente como de la familia en general, puesto que lo que se busca es mantener o restaurar la estructura del cuerpo, es decir, la prevención de la degradación física y la promoción de la curación y la cicatrización, en el mantenimiento de la salud puesto que los pacientes mostraron tener en un nivel leve los conocimientos necesarios para llevar a cabo un cuidado de la enfermedad. Además de mantenimiento o reconocimiento de la identidad y la autoestima del individuo, buscando el

reconocimiento del paciente como un ser social que involucra la presencia y la interacción humana evidenciándose en la alteración del patrón de Rol - Relaciones con un 58 % donde se puede denotar el desempeño ineficaz del rol caracterizándose por cambios en la auto-percepción del rol en el momento de poder sobrellevar la enfermedad y cumplir su papel dentro de la sociedad.

Continuando con los modelos podemos afirmar desde Pender es necesario que los profesionales de enfermería deben brindar educación a las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Identificando factores cognitivo- perceptuales que son modificados por las características situacionales, personal e interpersonal, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe una pauta para la acción, buscando el bienestar tanto, físico, como mental y social para un mejor estilo de vida del paciente, logrando así un mejoramiento en el patrón de Percepción - Manejo de la Salud.

Además, se puede concluir que como se muestra en el estudio realizado por Luengo y Salazar en Chile en el año 2008 sobre la “Aplicación del proceso de enfermería según el Modelo de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus” lo cual permitió mostrar la relación fundamental que se presenta en el estudio con respecto a el modelo y los patrones funcionales de Marjory Gordon, evidenciándose como está planteado en el decimo patrón de M.G llamado adaptación y tolerancia al estrés; en el cual según nuestro estudio se encuentra alterado en un 81% de la población estudio, todo paciente con Diabetes Mellitus requiere un proceso de adaptativo que le permita reconocer su estado de salud y los cuidados que deben tener para equilibrarse e informarse sobre los cambios que presentara en su vida diaria, de igual manera el proceso de adaptación abarca a el entorno, la familia y la comunidad en general, los cuales pueden traer influencias positivas o negativas en el proceso de recuperación, contribuyendo así al mejoramiento o a el caimiento del estado de salud del paciente, por eso se requiere una ayuda constante a los pacientes en la adaptación, pues esto les permite afrontar las situaciones que su condición le exige.

De igual manera se logro determinar la utilidad y relación de este modelo como marco teórico el cual permite, el adecuado y preciso abordaje del cuidado de enfermería, pues aborda el modelo y los patrones como uno solo, permitiendo la integración de conocimientos y el aumento de ellos identificando tempranamente cualquier conducta y estímulos relacionados con las respuestas adaptativas de estos pacientes.

Siguiendo con las teoristas, el modelo de Virginia Henderson tiene similitud con el tema tratado, pues con sus 14 necesidades básicas abarca lo concerniente a factores fisiológicos y psicológicos, pues van de la mano con los patrones funcionales de Marjory Gordon, así como de Abraham Maslow, lo cual contribuye a que tanto la enfermera, como los familiares y/o cuidadores contribuyan al cuidado de los pacientes, favoreciendo el criterio de independencia en la valoración de su salud, con respecto a lo arrojado en los patrones funcionales del presente estudio, cabe resaltar que estos pacientes poseen alteración en sus funciones fisiológicas, de seguridad, autoestima, pertenencia y auto-actualización, como se ve reflejado en el patrón autopercepcion - autoconcepto abarcando el 90% de la población, eh aquí donde el enfermero desempeña su labor de cuidador, abordando los ámbitos multidimensionales del individuo.

Por otro lado, la teorista Betty Neuman, con su teoría “modelo de sistemas”, señala que la persona es un sistema abierto el cual está expuesto a diversos estímulos los cuales generan cierto grado de tensión alterando su equilibrio como ser humano, es por ello que los pacientes diabéticos deben tener un equilibrio en ellos para así ir superando su enfermedad y realizar los cuidados pertinentes para su conservación, además en este proceso juega un papel importante el cuidador, el cual requiere de un estado de ánimo optimo para transmitirle al paciente energías positivas y aliento para que este no vea la enfermedad como una carga, sino que sea un reto para este, lo anterior se evidencia en el estudio, donde se observa que las horas de cuidado brindada a estos pacientes es menos de una, lo

cual no es tiempo suficiente para cubrir las necesidades que amerite el paciente, por lo tanto los profesionales de enfermería debemos no solo abordar al paciente sino a su familia en general.

Por último, la teorías Florence Nightingale, con su teoría del entorno, plantea que es fundamental conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre las personas, colocarla en las mejores condiciones posibles, en este caso se evidencia que con el estudio se pretende cumplir con esta teoría, pues al detectar las anomalías que presenta cada paciente en sus patrones funcionales, el fin es abordarlos desde todos sus ámbitos para que este posea un equilibrio holístico y vea el entorno no como una amenaza sino como una fortaleza, el cual le brinde las condiciones optimas para sí recuperación.

Además se logró identificar los patrones funcionales de M.G afectados con mayor frecuencia en los pacientes con diabetes mellitus del club de diabéticos y que tanto estos alteran la calidad de vida de ellos.

En la realización del examen físico céfalo-caudal implementado a cada paciente y el proceso de detección de algunas alteraciones fisiológicas, cognitivas y psicomotoras que repercuten frecuentemente en el estado de salud, no son evidenciadas en el proyecto, pues no se obtienen datos sobre el proceso aplicativo ya que en primera instancia solo se abordaban aspectos generales y de poco interés investigativo, los cuales no fueron de gran relevancia en el estudio.

También se hace necesario la utilización de los diagnósticos de enfermería como herramienta principal para direccionar el cuidado sobre todo en la atención primaria, ejerciendo el enfermero su rol en la educación como estrategia para promover la salud y prevenir la enfermedad, todos estos aspectos teniendo como base las teorías y estudios realizados sobre el tema principalmente los enfocados a los patrones funcionales de Marjory Gordon y las principales alteraciones en pacientes diabéticos, resaltando el proceso adaptativo a nivel personal, familiar y social. Cabe destacando el

impacto positivo del estudio ya que la diabetes es una enfermedad que afecta a la mayor parte de la población, siendo notorio el poco conocimiento sobre la enfermedad.

Por último, se evidencio que la Historia Clínica del paciente es una base sólida, puesto que nos muestra una breve información casi detallada que nos permite tomar un mejor abordaje de los pacientes.

10. SUGERENCIAS

En la actualidad son muchos los estudios relacionados con la diabetes, pero pocos los que abarcan los patrones funcionales de Marjory Gordon, pues socialmente este tema es considerado de poco interés, lo cual se ve evidenciado en los pocos estudios encontrados, no obstante es fundamental concientizar a la población sobre los aspectos abordados por esta teorista, pues sus 11 patrones funcionales permiten estudiar al ser humano como un ser holístico e integral el cual requiere un apoyo constante.

El desarrollo, la estabilidad y calidad de vida del ser humano es un factor importante por ende se deben realizar acciones que ayuden al proceso adaptativo de estos pacientes y sus familiares, esto mediante la educación constante sobre la patología y los cuidados que deberían tener, contribuyendo así a los procesos de promoción y prevención de alteraciones que puedan llevar a la muerte.

Un punto importante son los patrones funcionales de M.G. principalmente los de percepción manejo de la salud, el nutricional metabólico, actividad ejercicio y el de rol relaciones ya que según el estudio son los que presentan mayor alteración y en los que se debe tener más cuidado para que el estado de salud no empeore y se pueda mantener una estabilidad tanto física como emocional y social.

Desde la secundaria hasta la educación superior se deben implementar programas que motiven a los estudiantes a realizar procesos investigativos, enfocados en las patologías más frecuentes, teniendo como base teorías científicamente comprobadas y permitiendo así el desarrollo e implementación del pensamiento crítico y el constructivismo, mejorando así la calidad de las intervenciones, el aumento de conocimientos y el crecimiento intelectual.

Se deberían implementar en formas dinámicas métodos que permitan comprender todos los aspectos relacionados con la diabetes y que sean de fácil accesibilidad a la población, plasmando pautas que ayudan al proceso de adaptación y que contribuyan al mejoramiento de salud de estos pacientes.

11. REFERENCIAS

- Álvarez J, Castillo F, et al. 2010 Manual de valoración de patrones funcionales. Comisión de Cuidados. Dirección de Enfermería de Atención Primaria, Área Sanitaria V Gijón (Asturias). p, 12-25.
- Ávila J, 2013, Consentimiento informado.
- Camejo M, García A, Rodríguez E, Carrizales M, Chique J. Visión epidemiológica de la diabetes mellitus: Situación en Venezuela. Registro epidemiológico y propuesta de registro. Programas de detección precoz. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [Revista en la Internet]. [Citado 2014 Abr 03]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400002&lng=e
- Carrasco S, 2011, Amputación transmetatarsiana en un pie diabético. A propósito de un caso. Vol. 4 Num. 86
- Casanova Moreno M, Trasancos Delgado M. Ancianos con diabetes mellitus de tipo 2: retos actuales para la salud pública cubana. MEDISAN [revista en la Internet]. 2013 Ago [citado 2014 Abr 03]; 17(8): 2093-2095. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013000800001&lng=e
- Danaei G, Finucane MM, 2011 et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. Lancet, , 378(9785):31-40.
- Delgado E, 2008, Las estimaciones internacionales indican que la prevalencia de diabetes se duplicará en los próximos años. Reesmgrafvol 7 num 2 p, 55-58.

- Fagalde H María del Pilar, Solar H José Antonio del, Guerrero B Marcia, Atalah S Eduardo. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2013 Mayo 19]; 133(8): 919-928. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800008&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872005000800008
- Fernandez, M 2010.Bases históricas y teorías de Enfermería. Open courseware, 3 (4) p, 1-12.
- Ferrante D. Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en argentina. Estudio de corte transversal. rev argent salud pública, 2(6):34-41.vol. 2 - nº 6, marzo 2011. Disponible en: http://www.chagas.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/presec2012/Encuesta_Nacional_De_Factores_De_Riesgo_2009_RevArgent_Salud_Publica.pdf
- Gack L, et al 2010, Consulta de enfermería a portadores de diabetes mellitus e hipertensión arterial: la integración de la educación y la práctica de cuidados de la salud, ciencia y enfermería XVI (2): 17-24.
- García C, 2009. Nociones sobre Examen Físico para estudiantes de Licenciatura en Enfermería. Facultad de Ciencias Medicas General
- González P, 2008 Atención de enfermería en el paciente con pie diabético desde una perspectiva de autocuidado, Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 10, núm. 2
- Hernandez E. 2010, Federación Diabetologica colombiana; Diabetes control & prevención; volumen 1; Nº 1; pag 1.
- Linn, L, 2012, La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas, OPS/OMS, p. 1-3.

- Luna A, Rizo M, Cortés E, Cadena F, 2012. Autocuidado y adherencia terapéutica en diabetes desde una perspectiva del paciente. Revista Waxapa. Volumen: 2, Numero: 7
- Ministerio de la Salud, RESOLUCION 1995 DE 1999 (Julio 8)
- Mondragon L, 2009. Consentimiento informado: una praxis dialogica para la investigacion, RevInvestClin. 2009 Jan-Feb; 61(1): 73-82.
- Mora C, 2008, Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental, Enferm. glob. vol.11 no.28.
- Mora E, 2014, Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo, Acta médcostarricVol 56 (2), (p.45).
- Monrroy S, 2013, Paciente con cetoacidosis diabética y riesgo de síndrome de desuso. Revista electrónica de investigación en enfermería FESI-UNAM. El arte del cuidado Volumen: 2 Número: 4.
- Pera I, 2011, DIABETES MELLITUS: LA PANDEMIA DEL SIGLO XXI, Educación Terapéutica en diabetes. ¿Dónde estamos? Rev ROL Enf 2011; 34(6):432-438.
- Pérez F. 2009. Epidemiología y fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. [Rev. Med. Clin. Condes -; 20(5) 565571].
- Porras J, 2002, Diabetes Mellitus, calidad de la atención y bioética, Revista Colegios Medico y Cirujanos. 4(3).
- Rivas E, Montalvo A, et al, 2008 Enfermería para el siglo XXI. Teoría de la Enfermería. ¿Un camino de herradura? 4 (6) p, 2-24.
- Salas M, Vargas G, 1998. Presentar proceso de atención de Enfermería en las reuniones del Grupo Básico de Trabajo y pases de visitas. La habana cuba, Rev Cubana Enfermer v.14 n.2

Santiago, A. 2010 Definición, clasificación clínica y diagnóstico de la diabetes mellitus. Semergen doc. Pg 7-12

Santiago G. 2011 Proceso de enfermería aplicado a un paciente diabético según el modelo de Virginia Henderson. Scielo, 5 (3) p, 5-65.

Socarras M, Bolet M, Lara R, 2010, Vínculo universidad-sociedad a través de la percepción de médicos y pacientes diabéticos sobre su enfermedad, Revista Cubana de Educación Medica Superior. 24(3).

ANEXOS



UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA



Nombre del paciente _____ **Edad** _____ **Fecha** _____

VALORACION FISICA

• **ASPECTO GENERAL:** Altura _____ Peso _____ IMC _____ Estado nutricional _____

• **CONSTANTES VITALES:** Temperatura _____ Pulso _____ Respiración _____ TA _____

• **ESTADO MENTAL:** Alerta _____ Confuso _____
Aturdido _____ Desorientado _____ Deprimido _____
Irritable _____ Mareado _____

• **EXPLORACIÓN DE CABEZA Y CUELLO:**

Cráneo: Craniosinostosis _____ Braquiocefalia _____ Doloicocefalia _____ Trigonocefalia _____
Macrocefalia _____ Microcefalia _____ Heridas _____ Cicatrices _____

Senos paranasales: Normales _____ Dolorosos _____

Facies: Acromegalia _____ Mixedema _____ Cushing _____ Parkinson _____

Ojos: Lentes _____ Lentes de contacto _____ Prótesis _____ Visión borrosa _____ Cataratas _____
Pterigio _____ Hemorragia conjuntival _____ Ictericia _____ Palidez conjuntival _____
Ptosis palpebral _____ Exoftalmo _____ Enoftalmo _____ Epicanto _____ Entropión _____
Ectropión _____ Orzuelo _____ Chalazión _____ Xantelasma _____

Pupilas: Reflejo fotomotor directo _____ Reflejo consensual _____ Exotropía _____ Isotropía _____
Diplopía _____ Hemianopsia _____ Nistagmo _____ Midriasis _____ Miosis _____ Pupilas poliformes _____
Ceguera _____ Isocoria _____ Anisocoria _____

Oídos: Ayudas _____ Colección de cerumen _____ Secreción _____ Sordera de conducción _____ Sordera de percepción _____
Condromatosis _____ Tofo _____ Ausencia de un pabellón auricular _____ Conducto auditivo perforado _____

Boca: Queilitis angular _____ Queilitis actínica _____ Herpes simple _____ Angioedema _____ Faringitis _____
Amigdalitis _____ Tonsilitis _____ Gingivitis _____ Hiperplasia gingival _____ Halitosis _____ Caries _____
Lengua lisa _____ L. fisurada _____ L. geográfica _____ L. saburral _____ Dentadura completa _____
Prótesis dental _____

Cuello: Movilidad _____ Adenitis _____ Ingurgitación venosa _____ Tiroides: Normal _____ Tiromegalia _____ Nódulos _____
Tráquea: Normal _____ Desviada _____

■ VALORACIÓN NEUROLÓGICA:

Nivel de conciencia _____ Memoria _____ Orientación _____
 Fuerza muscular Normal _____ Fuerza muscular disminuida _____ Vértigo _____ Síncope _____ Cefalea _____
 Convulsión _____ Reflejos osteo-tendinosos Normales _____
 Temblores _____ Discinesias _____ Hemiplejía _____ Rigidez de decorticación _____ Rigidez de descerebración _____
 Anosmia _____ Deglución normal _____ Signos meníngeos _____ Lenguaje: Bradilalia _____
 Disartria _____ Ecolalia _____
 Actitud: Gatillo de fusil _____ Opistotonos _____ Ictal _____ Parkinsoniana _____ Marcha _____
 Espástica _____ Parética _____ Atáxica _____

VALORACIÓN MÚSCULO-ESQUELÉTICA

Extremidades: Simetría _____ Prótesis _____ Cicatrices _____ Hematomas _____ Fracturas _____ Ulceras _____
 Paresias _____ Parestesia _____ Plejias _____
 Ayudas de sostén _____ Dedos en palillo de tambor _____

Articulaciones: Simetría _____ Movilidad activa _____ Movilidad pasiva _____ Deformaciones _____
 Rigidez _____ Anquilosis _____ Masas _____ Inflamación _____ Derrames _____
 Dolor _____ Crepitación _____ Sensibilidad _____

Espalda: Edema de sacro _____ Dolor _____ Simetría de hombros _____ Columna: Escoliosis _____
 Lordosis _____ Cifoescoliosis _____ Disrupción de las apófisis vertebrales _____

Piel y fáneras: Color: Hiperchromía _____ Hipochromía _____ Cianosis _____ Acrocianosis _____ Ictericia _____
 Palidez _____ Urticaria _____ Nódulo _____ Quiste pilonidal _____ Diaforesis _____
 Liquefacción _____ Tiña versicolor _____ Angiomas _____
 Queloides _____ Sequedad _____ Mácula _____ Pápula _____ Atrofia _____ Escama _____ Petequias _____
 Púrpura _____ Equimosis _____
 Uñas: Paroniquia _____ Onicosis _____ Psoriasis _____

■ VALORACIÓN RESPIRATORIA Y DETORAX:

Nariz: Simetría _____ Deformaciones _____ Desviación del tabique _____ Epistaxis _____ **Tórax:** Forma: Tonel _____
 Quilla _____ Excavado _____ Simetría _____ Ruidos: Sibilancias _____
 Estertores _____ Roncus _____
 Ritmo respiratorio _____

Profundidad respiratoria _____ Apnea _____ Disnea _____ Tos _____
 Espujo _____ Hemoptisis _____ Frémito _____ Expansión normal de las bases _____ Tirajes: Intercostales _____
 Subcostales _____

Mamas: Simetría _____ Nódulos _____ Mastodinia _____ Fibrosis quística _____ Adenoma _____ Adenopatías en axila _____
 Secreciones en pezón _____ Retracciones _____ Piel de naranja _____ Grietas o dolor en pezón _____
 Galactorrea sin gestación _____ Pezón corto _____
 Pezón largo _____ Pezón invertido _____ Pezón plano _____

• VALORACIÓN CARDIOVASCULAR:

Ruidos cardíacos: Rítmicos _____ Intensidad Normal _____ R. Regulares _____ Soplos _____ Pulsos palpables _____
 Pulso capilar Normal _____ Llenado capilar Normal _____ Uso de marcapulso _____

• VALORACIÓN DEL SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO:

Pulsos periféricos Normales _____ Fóvea _____ Varicosidades _____
 Signos de insuficiencia venosa: Coloración _____, Pulsos _____ Dolor _____

• VALORACIÓN DEL ABDOMEN:

Abdomen péndulo _____ Diástasis de los rectos abdominales _____ Hepatomegalia _____ Esplenomegalia _____
 Meteorismo _____ Flatulencia _____ Peristaltismo intestinal _____ Anorexia _____ Diarrea _____

olorosos: Estreñimiento____Herniaumbilical____Herniainguinal____Puntosd
_Hipospadia____SecrecionesUretrales____Epispadia____

Recto:Hemorroides____Lesiones____Grietas____Abscesos____Masas____
Dolor____Prurito____Quemazón____

2

PatronesUrinarios:Cantidad/hora____Color____Olor____Oliguria____Polai
iuria____Disuria____Tenesmo____Dolor____Incontinencia____Hematuria____
Nicturia____Enuresis____Poliuria____
Distensiónvesical____Retención____Dolorenelflanco____

▪ VALORACIÓNDELSISTEMAREPRODUCTORFEMENINO:

Genitales:Labiosmayoresnormales____Labiosmenoresnormales____Leucor
rea____Prurito____Menstruación____Menopausia____Ant
ecedentesdecitología____FGO____Bartholinitis____Cirugías____
Senequia____
S.Rokytansky____Sinusorragia____Dispareunia____

▪ VALORACIÓNDELSISTEMAREPRODUCTORMASCULINO:

Pene:TamañoNormal____Secreción____Historiadeerecciónnormal____Actividad
sexualnormal____Fimosis____Chancrosifilítico____Herpesgenital____**Escroto:**Hipercró
micosyRugosos____Varicocele____HerniaEscrotal____Hidrocele____**Testículos:**Criptorquidia
TamañoNormal____Orquitis____Masas____

GESTANTE

FGO____
AU____
EG____
FCF____
FPP____
Posición____
Situación____
Presentación____

VALORACIÓN INICIAL POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON

Fecha: _____

Iniciales de nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

PERCEPCION DE SALUD. CONTROL DE SALUD. CÓMO SE CUIDA?

Antecedentes personales _____

Antecedentes familiares _____

Motivo de consulta: _____

Vacunas _____

Medicación/automedicación/Tratamientos con oxígeno _____

Revisiones periódicas de salud _____

Alergias _____ Tabaco _____ Alcohol _____ Drogas tóxicas _____

Cómo valora su salud: Excelente _____ Buena _____ Normal _____ Regular _____ Indiferencia _____

Conocimientos de su enfermedad _____

Actitud y comportamiento frente a su enfermedad: Aceptación _____ Rechazo _____ Indiferencia _____

Conocimientos de los cuidados _____

Conducta ante su salud adherencias a medicamentos: No _____ Si _____ medidas higiénicas No _____ Si _____

Hábitos dietéticos No _____ Si _____ actividades de promoción y prevención No _____ Si _____

Accidentes/caídas: No _____ Si _____ Ingresos hospitalarios No _____ Si _____

Imagen personal: Adecuada _____ Descuidado _____ Extravagante _____ Metódico _____ Sucio _____

Higiene/seguridad en la vivienda _____

¿Qué es importante para usted y en qué cree que podemos ayudarle? _____

PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO. COMO COME?

T° _____ Peso _____ Talla _____ IMC _____

Horario: Desayuno _____ Media mañana _____ Comida _____ Merienda _____ Cena _____

¿Pica entre horas? No _____ Si _____ ¿Dónde? _____

Preferencias/gustos _____

Ingesta de líquidos/día Cantidad _____ (vasos) Tipo _____

Grupos de alimentos (veces por semana)

- Leche y derivados _____ Pan, arroz, patatas _____ Pasta, cereales _____
- Legumbres _____ Verduras, hortalizas _____ Carne y huevos _____
- Pescados _____ Grasas (mantequilla, crema de leche, suero, queso crema) _____
- Frutas _____ Dulces _____ Suplementos _____
- Restricciones _____ Intolerancias _____ Alergias _____

Pérdida/ganancia de peso en los últimos 6 meses: No _____ Si _____

Dificultad de masticación No _____ Si _____ Dificultad de deglución No _____ Si _____

Dificultad de digestión: No _____ Si _____ Problemas de la piel/mucosas (úlceras, sequedad, otros) _____

Dolor: No _____ Si _____ Prurito: No _____ Si _____ Eritema: No _____ Si _____ Entumecimiento: No _____ Si _____

Cicatrización: Normal _____ Tórpida _____ Queloides _____

Pelo _____ Uñas _____ Problemas dentales _____

PATRÓN ELIMINACIÓN

Nº de deposiciones/día _____ Consistencia _____ Ayudas laxantes _____
 Nº de micciones/día _____ Noche _____ Características _____ Orina (urgencia
 esfuerzo o funcional) _____
 Problemas de próstata: No _____ Si _____ Control urológico _____
 ¿Ostomias, sondas, colectores, dispositivos de absorción? _____
 Sudoración: Copioso _____ Normal _____ Escasa _____

PATRÓN ACTIVIDAD – EJERCICIO

TA _____ FC _____ FR _____
 Ejercicio físico: No _____ Si _____ Tipo _____ Frecuencia _____
 Actividad laboral: Ligera _____ Moderada _____ Intensa _____ Riesgos _____
 Actividades de ocio _____
 Problemas que interfieren: Fatiga/disnea: No _____ Si _____ Dolor: No _____ Si _____ Estabilidad en la marcha: No _____ Si _____
 Alteración del equilibrio: No _____ Si _____ Movilidad independiente: NO _____ Si _____

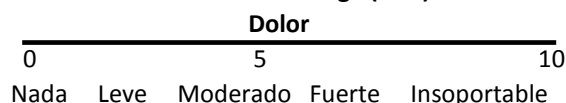
PATRÓN SUEÑO-DESCANSO

Horas de sueño: Noche _____ Día _____ Sensación de descanso: No _____ Si _____
 Otros períodos de relax _____
 Insomnio: No _____ Si _____ Otras ayudas _____

PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL

Lee: No _____ Si _____ Escribe: No _____ Si _____ Pérdida de memoria: No _____ Si _____ Dificultad de aprendizaje: No _____ Si _____
 Dificultad de comprensión: No _____ Si _____ Dificultad de expresión: No _____ Si _____
 Lenguaje: Comprensible _____ Incomprensible _____ Conciencia: Alerta _____ Apático _____ Confuso _____ Estuporoso _____
 Comatoso _____ Fobias/miedos: No _____ Si _____
 Audición: Normal _____ Problemas _____
 Ojos/visión: Normal _____ Problemas _____
 Nariz/olfato: Normal _____ Problemas _____
 Piel/tacto: Normal _____ Problemas _____
 Dolor: No _____ Si _____ Localización _____
 Valoración de la intensidad del dolor:

Escala Visual Análoga (EVA)



AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Percepción de imagen corporal: ajustada a la realidad _____ Confusa _____ equivocada _____
 Actitud frente a su cuerpo: Aceptación _____ Rechazo _____ Otros _____
 ¿Está preocupado por algún cambio reciente (operación, menopausia, minusvalía...)? No _____ Si _____
 Tienes últimamente sentimientos de:
 Temor: No _____ Si _____ Ansiedad: No _____ Si _____ Preocupación: No _____ Si _____ Culpa: No _____ Si _____
 Desesperanza: No _____ Si _____ Falta de control: No _____ Si _____ Tristeza: No _____ Si _____
 Valorar tras la observación durante la entrevista, Voz/postura _____
 Nervioso /Relajado _____

PATRÓN DE ROL-RELACIONES

¿Vive solo? No _____ Si _____ ¿Con la familia? No _____ Si _____ Estructura familiar (diagrama)

Relaciones familiares: Ain problemas de interés____, problemas por enfermedad____, otros_____

La familia u otros ¿dependen de usted? No____ Si____

Percepción de la relación: Satisfactoria:____, Insatisfactoria____ Otros_____

Reacción de la familia a la enfermedad/ hospitalización/ Institución/ Equipo: Preocupación____, Apoyo____

Tranquilidad____, Culpa____, Desinterés____, Ansiedad____

Relaciones sociales:

Participación en actividades sociales y culturales: No____ Si____ (Motivos)_____

Participa en actividades de ocio y tiempo libre: No____ Si____ (Motivos)_____

Percepción de las relaciones extrafamiliares: Satisfactoria____, Insatisfactoria____

Condición escolar/laboral: Sin problemas de interés_____ Problemas que requieren atención_____

Percepción rol/responsabilidad: Satisfactoria____, Insatisfactoria____, Otros_____

Percepción de las relaciones: Satisfactoria____, Insatisfactoria____, Otros_____

PATRON SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Edad menarquía_____ Ciclos/duración_____ Dismenorrea_____ Menopausia_____

Sangrado vaginal postmenopáusico_____ Citología (fecha/resultado)_____

Mamografía (fecha/resultado)_____, Métodos anticonceptivos_____

Problemas de fertilidad_____

Valoración de su actividad sexual: Satisfactoria____ Indiferente____ Insatisfactoria____

Respuesta sexual: Sin problema_____ Disfunción sexual_____

¿Tiene o ha recibido información/educación sexual? No____ Si____

PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Estado de tensión/ansiedad: Controlado____, temporal____, Generalizado____

Posibles factores relacionados: Traumatismos previos____, Ideas/pensamientos____; Problemas laborales____, Miedos/fobias____, Otros acontecimientos_____

Percepción del control de la situación: Alto____, Medio____, Bajo____, Nulo____

Sentimientos asociados: Alegría/felicidad____, Rabia____, Tristeza____, Frustración____, impotencia____, Desesperanza____, Depresión____, Otros_____

PATRÓN VALORES- CREENCIAS

Valores y creencias en su historia personal_____

Valores y creencias en su historia familiar_____

Normas de su cultura o aspectos personales que desea sea tenido en cuenta_____

Se enfrentan tus creencias con tu salud o con el tratamiento? No____ Si_____

Deseos de realizar prácticas religiosas_____

OTROS

Algo que quiera añadir/comentar_____

Algo que quiera preguntar_____

De todos los problemas que me ha contado, ¿Cuál es el que más le preocupa?_____